PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010

Volume II - Orientações Estratégicas

Mais Saúde para Todos

Ministério da Saúde

Portugal em Acção

ÍNDICE DO VOLUME II

Lista de Abreviaturas iii

Estruturas de Coordenação e Apoio v

Contributos Recebidos vi

Prefácio vii

INTRODUÇÃO 1

ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS 1

Abordagem centrada na família e no ciclo de vida 1

Nascer com saúde 2

Crescer com segurança 4

Uma juventude à descoberta de um futuro saudável 5

Uma vida adulta produtiva 6

Um Envelhecimento Activo 7

Morrer com dignidade 9

Abordagem à gestão integrada da doença 9

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 11

Infecção por VIH e SIDA 14

Outras doenças transmissíveis 17

Cancro 25

Doenças do aparelho circulatório 27

Outras doenças cronicodegenerativas 30

Saúde mental e doenças psiquiátricas 40

Dor 45

Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais 46

ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA 49

Mudança centrada no cidadão 49

Opções de escolha do cidadão 49

Participação do cidadão no sector da saúde 50

Comportamentos e estilos de vida saudáveis 51

Contexto ambiental conducente à saúde 60

Saúde ocupacional 67

Capacitar o sistema de saúde para a inovação 69

Política de recursos humanos 69

Gestão da informação e do conhecimento 73

Investigação e desenvolvimento em saúde 78

Participação do sector da saúde nos fóruns internacionais 81

Reorientar o sistema de saúde 85

Visão integrada do sistema de saúde 85
Rede de cuidados de saúde primários 86
Redes de cuidados hospitalares 88
Redes de cuidados continuados 90
Serviços de saúde pública 91
Melhoria do acesso 93
Diagnóstico e tratamento 94
Qualidade em saúde 99

Índice Geral (Volume I e Volume II) *105*

ANEXOS *107*

Anexo 1 - Endereços electrónicos úteis para decisões baseadas em evidência científica *109*

Anexo 2 – Programas Nacionais *111*

Anexo 3 – Quadros de indicadores de saúde *123*

Lista de Abreviaturas

ADELIA	Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada
ADI	Apoio Domiciliário Integrado
ARS	Administrações Regionais de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAD	Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce da infecção pelo VIH
CAF	*Common Assessment Framework*
CAN	Centro de Apoio Nacional da RNEPS
CAPNCA	Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma
CAT	Centros de Atendimento a Toxicodependentes
CCDESM	Conselho Consultivo para o Desenvolvimento Estratégico do Sector do Medicamento
CCI	Comissões de Controlo de Infecções
CD-P-SP	Acordo Parcial de Saúde Pública
CDSP	Comités Directores de Saúde Pública
CEVDI	Centro de Vectores e Doenças Infecciosas
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CID 10	Classificação Internacional de Doenças – 10.ª Versão
CID 9	Classificação Internacional de Doenças – 9.ª Versão
CIDM	Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres
CNAN	Concelho Nacional de Alimentação e Nutrição
CNLCS	Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA
CNPR	Centro Nacional de Prevenção Rodoviária
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CPLP	Comunidade dos Países de Lingua Portuguesa
CPT	Conselho de Prevenção do Tabagismo
CRA	Centros Regionais de Alcoologia
CRSP	Centros Regionais de Saúde Pública
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTV	Comissão Técnica de Vacinação
DCI	Denominação Comum Internacional
DCJ	Doença de Creutzfeldt-Jakob
DDO	Doenças de Declaração Obrigatória
DE	Desreguladores Endócrinos
DGIES	Direcção-Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DOTS	*Directly Observed Short Treatment* (Tratamento de Curta Duração com Toma Directamente Observada)
DPN	Diagnóstico Pré-Natal
DRAOT	Direcções Regionais de Ambiente e Ordenação do Território
DRE	Direcção Regional de Educação
DRSP	Direcção Geral dos Serviços Prisionais
EFQM	*European Foundation for Quality Management*
EISS	*European Influenza Surveillance Scheme*
EWGLI	*European Working Group for Legionella Infections*
FEN	Febre Escaronodular
GCCOT	Gabinetes de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
GEE	Gases com Efeito de Estufa
GINA	*Global Initiative for Asthma*
GOP	Grandes Opções do Plano
GOPE	Grandes Orientações das Políticas Económicas da Comunidade e dos Estados-membros
I&D	Investigação e Desenvolvimento
IDICT	Instituto de Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IGIF	Instituto para a Gestão Informática e Financeira da Saúde
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
INR	Instituto Nacional de Resíduos

INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IPAD	Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPOFG	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil
IPS	Instituto Português do Sangue
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
IQS	Instituto de Qualidade em Saúde
IRC	Insuficiência Renal Crónica
ISSS	Instituto da Solidariedade e da Segurança Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
KFHQS	*King's Fund Health Quality Service.*
MS	Ministério da Saúde
NOC	Normas de Orientação Clínica
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OGM	Organismos Geneticamente Modificados
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
OPT	Organização Portuguesa de Transplantação
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PDT	Programa para o Desenvolvimento da Transplantação
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PERSU	Plano Estratégico dos Resíduos Sólidos Urbanos
PESGRI	Plano Estratégico Sectorial de Gestão dos Resíduos Industriais
PIB	Produto Interno Bruto
PIDDAC	Programa de Investimento e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
PISER	Plano Integrado de Segurança Rodoviária
PNCI	Programa Nacional de Controlo de Infecção
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PON	Plano Oncológico Nacional
PPP	Paridade do Poder de Compra
REM	Reserva Estratégica de Medicamentos
RHV	Recursos Humanos e Vencimentos
RNEPS	Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
RNTS	Rede Nacional de Transfusão de Sangue
ROR	Registo Oncológico Regional
RRE	Regime Remuneratório Experimental
RRH	Rede de Referenciação Hospitalar
RRMI	Rede de Referenciação Materno-Infantil
SARA	Sistema de Alerta e Resposta Apropriada
SETESI	Secretariado Técnico de Sistemas de Informação
SH&ST	Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho
SIARS	Sistema de Informação das ARS
SIDA	Síndroma da Imunodeficiência Adquirida
SINUS	Sistema Informático de Unidades de Saúde
SISA	Sistema de Informação em Saúde Ambiental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema de Informação para Gestão de Doentes Hospitalares
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências
SRA	Síndroma Respiratória Aguda
SST	Saúde e Segurança no Trabalho
TAC	Toxinfecções Alimentares Colectivas
TB	Tuberculose
TFL	Traumatismos, Ferimentos e Lesões
TIC	Tecnologias de Infomação e Comunicação
UAI	Unidade de Apoio Integrado
UCF	Unidades Coordenadoras Funcionais
UE	União Europeia
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
VMER	Viaturas Medicalizadas de Emergência e Reanimação
WDT	*World Drink Trends*

Estruturas de Coordenação e Apoio

Liderança do processo – José Pereira Miguel, Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, na dependência directa de Luís Filipe Pereira, Ministro da Saúde.

Coordenacão do Processo - DGS assessorada por uma Comissão Coordenadora (Aldino Salgado, Fernando Leal da Costa, Guilherme Jordão†, Maria de Sousa, Isabel Loureiro, Francisca Avillez, Teresa Sustelo, Paula Lobato Faria, Jorge Torgal).

Comissão Nacional de Acompanhamento - Presidida pelo Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde e constituída pelos dirigentes máximos dos serviços centrais do Ministério da Saúde, Presidentes das ARS e representantes das Regiões Autónomas.

Secretariado Técnico - Paulo Ferrinho, Margarida Carrolo, Catarina Sena e Hilson Cunha Filho.

Comunicação Social - Isabel de Santiago, Tânia Rios.

Apoio Administrativo - Fátima Ferreira e Vanda Ferreira.

Contributos Recebidos

A. Teles de Araújo, A. Bugalho de Almeida, A. Castanheira Dinis, Adília Antunes Maria, Adriano Natário, Agostinho Marques, Alain Fontaine, Albino Aroso, Aldino Salgado, Alexandre Diniz, Alice Marinho Ferreira Mendes, Álvaro Pereira, Amorim Cruz, Ana Alexandre Fernandes, Ana Campos Reis, Ana Cristina Freitas, Ana Cristina Mendes, Ana Escoval, Ana Luísa Cardoso, Ana Maria Borja Santos, Ana Maria Correia, Ana Maria Santos Silva, Ana Moreno, Ana Real, Ana Todo Bom, Anabela Candeias, Anna Dixon, António Alves Pereira, António Bento, António Bugalho de Almeida, António Correia de Campos, António de Sousa Uva, António Dias, António Duran, António Faria Vaz, António Mota Miranda, António Perez Metelo, António Sarmento, António Toscano, Arlinda Borges, Assunção Martinez, Aurora Aroso, Avides Moreira, Beatriz Calado, Beatriz Couto, Beatriz Jurado, Carlos Andrade, Carlos Canhota, Carlos Gonçalves, Carlos Magno, Carlos Morais da Costa, Carlos Robalo Cordeiro, Carmo Cabedo Sanches, Carmo Fonseca, Catalina Pestana, César Mexia de Almeida, Cláudia Conceição, Conceição Estudante, Conceição Patrício, Constança Paúl, Constantino Sakellarides, Corália de Almeida Loureiro, Cristina Louro, Cristina Martins, Cristina Valente, David Carvalho, Eduardo Gomes da Silva, Elaine Pina, Elsa Rocha, Emília Nunes, Emílio Imperatori, Esmeraldina Correia Júnior, Estela Monteiro, Eunice Vidasinha, Fátima Bacellar, Fátima da Fonseca, Fátima Reis, Fátima Xarepe, Fernanda Maria Caetano Gonçalves, Fernando Bernardo, Fernando Leal da Costa, Fernando Lopes da Silva, Fernando Miguel Pereira, Fernando Negrão, Fernando Pádua, Fernando Pessoa, Fernando Ramalho, Fernando Tavarela Veloso, Filomena Araújo, Filomena Exposto, Francisca Avillez, Francisco Antunes, Francisco Carrilho, Francisco Castro e Sousa, Francisco George, Francisco Vilhena e Silva, Gertrudes Mendonça, Luís Gonzaga Ribeiro, Goreti Silva, Graça Freitas, Graça Martins, Graciano Paulo, Gracinda Maia, Gregória Von Amann, Guilherme Gonçalves, Guilherme Jordão, Helder Cotrim, Helder Machado, Helder Martins, Helena Rebelo de Andrade, Helena Saldanha, Heloísa Gonçalves dos Santos, Henrique Barros, Henrique Martins, Hilson Cunha Filho, Humberto Alexandre Martins, Humberto Santos, Idália Moniz, Ilza Martins, Inês Gomes, Inês Guerreiro, Inês Ramirez, Isabel Bettencourt, Isabel da Silva, Isabel de La Mata, Isabel Evangelista, Isabel Loureiro, Isabel Marinho Falcão, J.A. Aranda da Silva, J. M. De Abreu Nogueira, Jaime C. Branco, Jaime Pina, James Kiely, Jarkko Eskola, Joana Marques Vidal, João Amado, João Félix, João Ferreira Pires, João França Gouveia, João Goulão, João Joaquim, João Lavinha, João Nabais, João Vintém, Joaquina Madeira, Jorge Abreu Simões, Jorge Dores, Jorge Nunes, Jorge Torgal, José Almeida Gonçalves, José Alves, José Barata, José Calheiros, José Cardoso da Silva, José da Silva Ferreira, José Gíria, José Luís Medina, José M. Ferro, José M. Martin Moreno, José Manuel Pereira Alho, José Maria Marques Mendes, José Marinho Falcão, José Miguel Soares, José Nunes, José Nuno Ferreira da Silva, José Vitorino, Judite Catarino, Júlio Fernando Rego, Kamal Mansinho, Leonor Sarmento, Lídia Monteiro, Lino Rosado, Louise da Cunha Telles, Lucinda Pereira, Luís Almeida Santos, Luís Cardoso Oliveira, Luís Gabriel Pereira, Luís Lito, Luís Magão, Luís Pisco, Luís Saboga, Luís Sardinha, Luís Varandas, Lurdes Santos, Madalena Pereira, Manuel Barata Marques, Manuel Carrajeta, Manuel Correia, Manuel do Nascimento Martins, Manuel Nazareth, Manuel Pais Clemente, Manuel Pina, Manuel Rodrigues Gomes, Manuel Sobrinho Simões, Margarida Theias, Margarida Valente, Maria Adelaide Brissos, Maria Augusta de Sousa, Maria da Graça Góis, Maria da Luz Sequeira, Maria de Lurdes Serrazina, Maria de Sousa, Maria do Céu Machado, Maria do Rosário Ferrão Antunes, Maria Helena Brou, Maria Helena Gomes, Maria Helena Ramos, Maria Irene Pissarra, Maria João Heitor, Maria João Quintela, Maria José Nogueira Pinto, Maria José Sá, Maria Luiza Rocha Guimarães, Maria Manuela da Silva Martins, Mariana Diniz de Sousa, Mariana Neto, Maria Portugal Ramos, Maria Teresa Mendes, Mário Caetano Pereira, Mário Carreira, Mário J. Santos, Mário Rui Mascarenhas, Mary Collins, Maximina Pinto, Mendes Ribeiro, Miguel Andrade, Miguel Fernandes, Miguel Oliveira, Milheiras Rodrigues, Nata Menabde, Natália Santos, Natália Taveira, Octávio Cunha, Patrícia Piedade, Paula Costa, Paula Lobato Faria, Paula Mano, Paula Nanita, Paula Roncon, Paula Tavares, Paulo Amado, Paulo Melo, Paulo Nossa, Paulo Rompante, Paulo Telles de Freitas, Pedro Ferreira, Pedro Silvério Marques, Pedro Soares, Pina Moura, Ramiro Ávila, Ricardo Monteiro, Rita de Sousa, Ronald Mooij, Rosa Gonçalves, Rosa Lobato Faria, Rosa Maria Feliciano, Rosa Teodósio, Rosário Farmhouse, Rui Ivo, Rui Portugal, Rui Tato Marinho, Rui Vitorino, Sabine Abig, Salvador Massano Cardoso, Sandra Carrondo de Carvalho, Sandra Feliciano, Sandra Gavinha, Sandra Pedrosa, Sandra Ribeiro, Saraiva da Cunha, Saúl Figueira, Sónia Mendes, Susana Borges, Teodoro Briz, Teresa Martins, Teresa Pais Zambujo, Teresa Sustelo, Vasco Prazeres, Virgílio do Rosário, Virgínia Neto, Vítor Feytor Pinto, Walter Oswald, Wim Van Lerberghe, Zélia Barateiro.

Prefácio

O Plano Nacional de Saúde no seu conjunto, representa o que podemos designar como um "fio condutor" para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da Saúde - governamentais, privados e de solidariedade social – e de outros sectores de actividade, possam assegurar ou contribuir para a obtenção de "Ganhos em Saúde", de 2004 a 2010, orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença.

O Plano Nacional de Saúde, em discussão pública no decorrer do ano de 2003 e nos primeiros meses de 2004, recebeu uma extensa lista de contribuições das mais diversas personalidades, instituições e sectores, o que nos permite dizer que estamos perante um documento que traduz um largo consenso quanto às intervenções que a realidade do País impõe. Tivemos também a preocupação de o enviar à Assembleia da República onde foi apoiado pela generalidade dos partidos, que reconheceram que a sua implementação se estende por mais de um ciclo governativo e requer se faça de uma forma continuada, com o apoio de todas as forças políticas.

Este instrumento fundamental de gestão é uma verdadeira "alavanca" com orientações estratégicas destinadas a sustentar – política, técnica e financeiramente – o Sistema Nacional de Saúde. Dá-lhe um cunho integrador, facilita a coordenação e colaboração das múltiplas entidades do sector da Saúde, encarando-a em sentido lato, na sua riqueza interdisciplinar e na responsabilização de todos os portugueses.

O Plano Nacional de Saúde como documento estratégico, cumpre um papel agregador e orientador daquilo que é mais importante implementar para promover "Mais Saúde para Todos" os portugueses. Agregador dos necessários debates sobre saúde, e orientador das actividades das instituições do Ministério da Saúde a nível nacional e nas regiões, e também da sociedade civil.

Estamos já empenhados na concretização das metas nele definidas através, entre outras iniciativas, do Plano de Acção para a Saúde para 2004, previsto nas últimas GOP, e que congrega num único instrumento as intervenções concertadas dos serviços centrais e regionais. Em Julho de 2004 proceder-se-á à avaliação das actividades desenvolvidas no primeiro semestre do ano e à preparação do Plano de Acção para 2005. O Plano está a servir também como base do contributo da Saúde para a revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sustentado.

As estratégias identificadas no Plano serão asseguradas através das Grandes Opções do Plano e dos planos de actividade anuais, que por elas se deverão pautar. Também neste sentido os orçamentos corrente e de investimento do Ministério da Saúde, bem como os fundos Comunitários, deverão garantir recursos adequados à implementação do PNS.

A concretização do Plano Nacional de Saúde passa pela implementação gradual dos diversos Programas de índole nacional, em número de 40, em que o mesmo se desdobra.

Recentemente, e como contemplado no Plano, aprovei vários novos Programas Nacionais de entre os quais quero realçar:

- O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida;
- O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares;
- O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas;
- O Programa Nacional de Luta contra as Doenças Reumáticas;
- O Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Vários outros programas nacionais estão em fase adiantada de preparação (PN Vacinação, Obesidade, Saúde da Visão, Saúde Ambiental, entre outros).

A divulgação do documento, a monitorização das metas, o sustentar do interesse dos vários públicos pelo projecto e a coordenação dos vários actores implicam a necessidade de um esforço continuado através de contactos com a comunicação social e com outros actores da sociedade civil, do meio académico, das organizações profissionais e das instituições de saúde. Este esforço será concretizado através da realização regular de Fóruns Regionais e Nacionais, entre outros mecanismos contemplados no Plano. Estes Fóruns serão um meio pelo qual, com alguma regularidade, o Plano será, de uma forma participada, avaliado e corrigido.

Um aspecto particularmente importante para garantir a execução do Plano está relacionado com o diálogo intersectorial numa perspectiva de mobilização de vontades que contribuam para a prossecução de objectivos de saúde através de outras políticas internas como a agrícola, a ambiental ou a educacional. Esta abordagem resultaria em Portugal na concretização prática do que noutros países já se faz em termos de avaliação de impacto sobre a saúde, o *health impact assessment*.

Dentro do espírito das iniciativas que são necessárias para garantir o sucesso do Plano, considerei ser adequado atribuir o seu acompanhamento a uma Comissão, essencialmente de natureza consultiva, mas a que caberá também a apresentação de propostas para a actualização e correcção de desvios ao seu desenvolvimento. Esta deverá elaborar relatórios que habilitarão o Ministério à apreciação regular da evolução do Plano Nacional de Saúde e a tomar as decisões que se mostrem necessárias à sua melhoria e viabilização.

Entendi, assim, promulgar a criação de uma Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde. Esta Comissão, em diálogo com todos, sem exclusão de ninguém, garantirá que este Plano, que pretendemos aberto, seja dinamizado, acompanhado, monitorizado e revisto quando necessário. Neste processo a Comissão de acompanhamento não estará sózinha, já que muitos outros actores, estarão atentos e com ela colaborarão nesta missão de levar o Plano a bom porto.

Agradeço a todos os que colaboraram na elaboração do Plano Nacional de Saúde, particularmente à equipa nuclear e de um modo especial à OMS na pessoa do Director Regional para a Europa Dr. Marc Danzon e dos peritos internacionais que houveram por bem ajudar-nos. Faço votos para que os desígnios supra se cumpram, a bem de mais saúde para todos os portugueses

Lisboa, 30.6.2004

Luís Filipe Pereira
Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 desenvolve orientações estratégicas com a finalidade de sustentar política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores da saúde.

Todo o trabalho contemplado neste documento visa três grandes objectivos estratégicos:

- Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;
- Utilizar os instrumentos adequados, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;
- Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano através de uma cativação de recursos adequada, garantindo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano.

Este segundo volume, depois do primeiro que define prioridades, integra num todo coerente os contributos recebidos sobre como obter mais ganhos em saúde, por um lado, e como gerir os instrumentos que temos para mudar o sistema de forma a potenciar os ganhos em saúde desejados, por outro.

ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS

Na sua globalidade, os indicadores disponíveis indicam, para o conjunto nacional, ganhos em saúde sustentados década após década. No entanto, a nossa capacidade para compreender a realidade nacional e planear com mais detalhe as intervenções conducentes a ainda mais ganhos em saúde está condicionada pelo limitado leque de indicadores disponíveis, reflexo do mau funcionamento do nosso sistema de gestão da informação e do conhecimento.

Para mais ganhos em saúde de uma forma global, tendo em conta a situação na União Europeia e a situação em Portugal, definem-se como prioritárias as estratégias centradas na família e no ciclo de vida e na gestão da doença ou enfermidades.

Abordagem centrada na família e no ciclo de vida

De entre as várias abordagens possíveis para compreender a saúde e planear as intervenções necessárias, as que se baseiam no ciclo de vida estão a ganhar cada vez mais visibilidade[1], particularmente em relação aos problemas de origem social. A abordagem do ciclo vital justifica-se pelo facto de permitir uma melhor visualização, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida em diferentes *settings*, de acordo com o género. O ciclo de vida realça também momentos especiais, como o nascer, o morrer e outros momentos como a entrada para a escola, o primeiro emprego, o casamento, o divórcio, a reforma, entre outros, que representam oportunidades para a educação para a saúde, para acções de prevenção, para rastreios de doenças e outras intervenções.

Neste contexto, destacar-se-á cada vez mais a promoção da saúde e o papel dos agentes de educação para a saúde, que beneficiam dos conhecimentos relacionados com o desenvolvimento humano, aplicados ao contexto comunitário em que actuam e da proximidade das pessoas que são alvo desta abordagem. A utilização cada vez maior de instrumentos psicopedagógicos para o desenvolvimento saudável e responsável e para a implementação das mudanças necessárias a um bem-estar global do indivíduo, da família e da comunidade é o foco natural de uma nova cultura, centrada no cidadão, a ser implantada na área da Saúde.

1 Kuh, D.;Shlomo, Y.B..- A life course approach to chronic disease epidemiology. New York: Oxford University Press, 1997.

Nascer com saúde[2]

Situação actual

Cobertura dos serviços de saúde

- A Reprodução Médica Assistida é realizada em seis centros[3], número considerado adequado.
- Há uma elevada cobertura em cuidados de saúde reprodutiva, para a qual tem contribuído a Rede de Referenciação Materno-Infantil (RRMI).
- É relativamente elevada a cobertura dos serviços pré e perinatais.
- A percentagem de grávidas que em Portugal têm, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%, com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da 16ª semana de gravidez e mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados.
- Persiste alguma controvérsia sobre todas as enfermidades que deveriam ser objecto de programas de rastreio durante o período pré-natal.
- O relatório de avaliação das actividades dos serviços na área do diagnóstico pré-natal (DPN) mostra um aumento do número de instituições que executam técnicas invasivas e do total de exames efectuados.
- Mais de 60% das puérperas efectuam consultas de revisão do puerpério.
- Mais de 90% de mães afirmam estar a utilizar um método contraceptivo pós-parto[4].
- É também elevada a utilização de métodos contraceptivos por todos os grupos da idade reprodutiva, designadamente o dos adolescentes.
- Mantém-se baixa a cobertura com consultas médicas pré-concepcionais.
- A maior parte dos partos são realizados nos hospitais do SNS (mais de 90%), com taxas de cesarianas demasiado elevadas, superiores a 20%.
- Começa a agudizar-se a questão da escassez de recursos humanos – médicos e enfermeiros – disponíveis para o cumprimento, de acordo com os padrões estabelecidos, das actuais urgências obstétricas.

Melhoria sustentada dos indicadores de saúde reprodutiva

- Continua a observar-se uma redução da mortalidade materna.
- A percentagem de bebés nascidos com muito baixo peso em hospitais de apoio perinatal diferenciado já ronda os 90%.
- Salienta-se também a tendência decrescente da mortalidade perinatal.
- Alguns indicadores mantêm-se resistentes às melhorias desejáveis.
- Mantém-se actual a questão da gravidez não desejada e as suas consequências.
- É possível esperar ganhos bastante significativos na área de comportamentos reprodutivos promotores da saúde.
- Subsistem franjas da população com cuidados de saúde reprodutiva inadequados: em particular, as mulheres com baixa escolaridade e fracos recursos económicos, onde permanece elevada a percentagem de gravidezes com vigilância inadequada.
- Persistem aspectos preocupantes da morbimortalidade dos recém-nascidos, em particular dos de muito baixo peso, que nasceram fora dos hospitais de apoio perinatal diferenciado. Está a aumentar a percentagem de crianças com baixo peso à nascença, facto geralmente associado a uma baixa idade gestacional.
- De entre as anomalias congénitas, o grupo mais frequentemente referido é o das anomalias cardiovasculares, seguindo-se os grupos das anomalias dos membros, urogenitais e musculo-esqueléticas[5,6].

2 Gravidez e período neonatal.

3 Dois centros em Lisboa, dois no Porto, um em Coimbra e um em Guimarães.

4 Portugal. Direcção Geral de Saúde - Necessidades Não Satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar. Relatório do Estudo Realizado em 1997/98, Lisboa: DGS, 2000.

5 Contudo, das maternidades e hospitais que fazem a participação de anomalias, 26% não notificaram casos nesse ano.

6 INSA - Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas: Relatório 1997 (Policopiado). Lisboa: INSA, 2001.

- Portugal permanece o país da UE com a mais elevada taxa de incidência de sífilis congénita.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Dar prioridade ao aumento de cobertura no período pré-concepcional e no puerpério

- Será desenvolvida legislação sobre a Reprodução Médica Assistida, que enquadrará todo o conjunto de actividades e problemáticas que com ela estão associadas.
- Aumentar-se-á o número de casais que efectua uma consulta médica no período pré-concepcional com o objectivo de preparar uma gravidez.
- Dar-se-á prioridade ao programa de diagnóstico pré-natal (DPN), de forma a alcançar um número crescente de grávidas, prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez.
- Aumentar-se-ão os esforços dirigidos às adolescentes e às minorias étnicas.
- Dar-se-á uma maior atenção ao diagnóstico e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- Prestar-se-á uma maior atenção à promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano pós-parto, através dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).
- Envidar-se-ão todos os esforços para aumentar ainda mais a taxa de cobertura das puérperas, a um ritmo de 5% ao ano, de modo a atingirem-se valores próximos dos 100%, ao fim de 8 a 10 anos.
- Dar-se-á continuidade ao reforço das garantias em Saúde Sexual e Reprodutiva.
- Facilitar-se-á o acesso aos cuidados de planeamento familiar, inclusive nas situações de infertilidade[7].
- Continuar-se-ão a desenvolver acções dirigidas a públicos específicos, como, por exemplo, adolescentes e os grupos mais vulneráveis – minorias pobres urbanas – que apresentam piores indicadores na área da saúde reprodutiva, nomeadamente, através das Autoridades Regionais de Saúde; continuar-se-á a investir na utilização de unidades móveis.
- Propor-se-ão, como medida a incentivar os Centros de Saúde, as actividades de visitaa ao domicílio em moldes e situações a (re)definir.
- Reforçar-se-á a promoção de comportamentos saudáveis, durante a gravidez, sobretudo dos que visam a diminuição de risco, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco e de álcool e à possibilidade de infecção por IST.
- Assegurar-se-ão condições de exercício da autodeterminação sexual de mulheres e homens, assente num processo educativo integrado e na progressiva adequação dos serviços prestadores de cuidados.
- As taxas de cesarianas serão contempladas nos indicadores de qualidade utilizados para monitorizar o desempenho dos hospitais. A preparação para o parto, tanto física como psiquicamente, com equipas de profissionais disponíveis, será feita no sentido de contrariar a elevada percentagem actual, reduzindo-a em 2-5% ao ano, até se atingir os níveis europeus mais baixos.
- Um excesso de partos por cesariana resultará, inicialmente, em auditorias internas com discussão interpares.

Melhorar ainda mais os indicadores no período perinatal

- Será reduzida a mortalidade por anóxia e hipóxia perinatais.
- Será erradicada a sífilis congénita.
- Será dado destaque ao aleitamento materno, como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais.

Settings prioritários

- Os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, a escola, a universidade, o local de trabalho, os locais de lazer e as unidades de saúde.

7 Portugal. Direcção Geral de Saúde - Actividades de Planeamento Familiar: avaliação do cumprimento do Despacho n.º 12 782/98 (2.ª Série). Actual DL n.º 259/2000, de 17 de Outubro (policopiado). Lisboa: DGS, 2001.

Crescer com segurança[8]

Situação actual

Elevada cobertura, mas fraca articulação entre serviços

- É relativamente elevada a cobertura por serviços de saúde dirigidos às crianças.
- A cobertura do programa nacional de vacinação é elevada.
- O Programa Tipo de Vigilância da Saúde, recentemente actualizado, necessita maior implementação.
- Nos grupos de centros de saúde onde as unidades coordenadoras funcionais (UCF)[9] têm sido actuantes, constata-se uma melhoria na acessibilidade e na qualidade dos cuidados prestados e uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, para a qual tem contribuído a RRMI.
- A linha telefónica pediátrica Saúde 24 - *Dói, Dói, Trim, Trim* - dirigida ao grupo etário dos 0-14 anos, tem tido aceitação crescente por parte dos pais e tem demonstrado diminuir o afluxo aos serviços de urgência por parte da população que a ela recorre.

Melhoria contínua da saúde infantil e da criança e emergência de novos problemas

- É de realçar que, no difícil contexto laboral português, 50% das mães amamentam para lá do terceiro mês de vida.
- Mantém-se a tendência decrescente da mortalidade infantil: 61% da mortalidade infantil ocorre no período neonatal (primeiros 27 dias de vida).
- As doenças infecciosas diminuíram drasticamente na infância e nos primeiros 10 anos de vida.
- Entre o 1 e os 4 anos de idade, começam a emergir as causas externas e os tumores malignos como causas significativas da mortalidade, sendo, no entanto, de assinalar o decréscimo observado na mortalidade associada às primeiras.
- As causas externas envolvem questões sociais difíceis de prevenir entre as crianças e têm vindo a adquirir maior peso relativo na morbimortalidade reconhecida neste grupo etário.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Melhorar a articulação entre serviços

- Apoiar-se-ão as UCF, pilares da RRMI, para que assumam o seu papel fundamental na avaliação das necessidades, definição das prioridades locais e desenvolvimento de medidas concretas, que promovam a complementaridade dos serviços e a qualidade dos cuidados.
- Reforçar-se-á a necessidade de a primeira consulta se realizar ainda nos primeiros dias de vida.
- Generalizar-se-á o Projecto de Reestruturação das Urgências Pediátricas.

Promover a saúde infantil

- Incentivar-se-á o aleitamento materno.
- Desenvolver-se-ão intervenções intersectoriais para reduzir a morbilidade e mortalidade por acidentes.
- As crianças portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento exigem uma atenção especializada que deve enquadrar-se com o reforço da intervenção precoce e a implementação dos Centros de Desenvolvimento Infantil.

8 Do período pós-neonatal aos 10 anos de idade.

9 As UCF têm o objectivo de promover a articulação entre os dois níveis de prestação de cuidados, garantir a circulação recíproca de informação, avaliar as necessidades e prioridades de formação e intervenção em saúde materna, infantil e dos adolescentes, na sua área de influência, e propor medidas concretas de actuação para a resolução desses problemas (Despachos nº 12917/98 e 6/91).

Settings prioritários

- Os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, o infantário, as amas, o local de trabalho, as instituições de acolhimento e as unidades de saúde.

Uma juventude à descoberta de um futuro saudável[10]

Situação actual

Aumento dos comportamentos de risco

- Entre os jovens, verifica-se um aumento do sedentarismo, de desequilíbrios nutricionais, particularmente importante entre as raparigas, de condutas violentas, particularmente importante entre os rapazes, da morbilidade e mortalidade por acidentes, da maternidade e paternidade precoces, em particular, em adolescentes com menos de dezassete anos, e de comportamentos potencialmente adictivos, relacionados nomeadamente com o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas.

Desconhecimento da morbilidade

- De acordo com os indicadores tradicionalmente utilizados para monitorizar o estado de saúde, os adolescentes constituem o grupo etário mais saudável.
- Esta afirmação é feita reconhecendo a limitação dos indicadores de que dispomos para medir a morbilidade associada a problemas como obesidade, bulimia, anorexia, saúde mental e IST (por exemplo, *Chlamydia*), entre outras.
- Começam a assumir importância como causa de morbilidade as doenças do foro oncológico, a asma, a diabetes *mellitus* e outras formas de doença crónica ou de deficiência.

Persistência da mortalidade por causas externas e tumores malignos

- Entre os jovens persistem como principais causas de morte as causas externas e os tumores malignos.
- É de realçar o decréscimo observado na mortalidade associada a causas externas e a tumores malignos.
- Começam a emergir as diferenças significativas entre as principais causas de morte para adolescentes do sexo masculino e feminino, particularmente no que se refere às causas externas.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Aumentar a qualidade dos cuidados prestados aos jovens

- Os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de IST; serão, portanto, reforçadas as iniciativas no sentido de adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes, nos centros de saúde e nos hospitais[11].
- Há que persistir, também, no reforço das actividades de educação nas áreas da sexualidade e reprodução, baseadas nas escolas[12,13] e com o apoio dos serviços de saúde.

---

10 Jovens dos 10 aos 24 anos.

11 Portugal. Direcção Geral de Saúde - Antes de engravidar vá ao médico. Lisboa: DGS, 1999;

Portugal. Direcção Geral de Saúde - Actividades de Planeamento Familiar: Avaliação do Cumprimento do Despacho nº12 782/98 (2.ª série), Actual DL n.º 259/2000 (policopiado), 2001;

Portugal. Direcção Geral de Saúde - Diagnóstico Pré-Natal: Actividades Realizadas nos Serviços de Saúde em 1998/1999 – Relatório, Lisboa: DGS, 2001;

Portugal. Direcção Geral de Saúde - Rede de Referenciação Materno-Infantil. Lisboa: DGS, 2001;

Portugal. Direcção Geral de Saúde - Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Lisboa: DGS, 2001.

12 Portugal. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas orientadoras, Lisboa, 2000.

- Para reforçar uma abordagem global preventiva dos comportamentos de risco para a saúde dos jovens serão ampliadas as valências de atendimento dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) e demais estruturas de prevenção do actual Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), de forma a incluir outras possíveis adicções e dependências, bem como outras perturbações comportamentais, sendo promovida a sua completa integração nas demais estruturas do SNS.
- Serão estabelecidas parcerias com outras instituições e sectores, nomeadamente a educação, para uma abordagem integrada da saúde dos adolescentes, incluindo a possibilidade de se criarem Departamentos de Saúde no seio das próprias instituições de ensino, e do desenvolvimento de actividades de promoção da saúde e prestação de cuidados nos serviços oficiais de saúde.

Reforçar as actividades de redução de comportamentos de risco
- Nesta fase do ciclo da vida, serão priorizadas intervenções a incentivar a adopção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionem favoravelmente a saúde futura[14].

Settings prioritários
- Como grande parte da vida do jovem se concretiza no espaço escolar e universitário, deve-se privilegiar o trabalho com as instituições do Ministério da Educação e do Ministério da Ciência e Ensino Superior.
- Outros *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, os locais de lazer, o local de trabalho e as unidades de saúde.

Uma vida adulta produtiva[15]

Situação actual

Problemas específicos das mulheres
- Os problemas específicos das mulheres, nomeadamente os relativos à reprodução, menopausa e outros problemas que parecem afectar as mulheres de uma forma diferente, como as doenças do aparelho circulatório, a SIDA, perturbações nutricionais, a osteoporose, o cancro da mama, o abuso sexual, a violência doméstica e outras IST não têm tido estas especificidades reconhecidas explicitamente nos diversos programas de acção.
- Para as mulheres, são os tumores malignos a principal causa da mortalidade observada, que se mantém estável, seguida das causas externas, que mostram uma tendência decrescente.

Problemas de saúde que prevalecem nos homens
- As causas externas permanecem a principal causa da mortalidade observada nos adultos do sexo masculino, no grupo etário dos 25 aos 44 anos, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias, ambas reflectindo uma tendência para diminuir. De notar que nas doenças infecciosas e parasitárias se inclui a mortalidade por SIDA, que, em 2001, representava 85,5% da mortalidade observada por esta causa. Para o grupo etário dos 45-64 anos, a mortalidade entre os homens é também superior à verificada para as mulheres, apresentando uma tendência decrescente.

13 Apoio à organização de três seminários, realizados em 2001, sobre Educação Sexual em Meio Escolar, inseridos na estratégia de fomento e apoio às iniciativas sobre Educação Sexual no âmbito das Escolas Promotoras de Saúde.

14 Portugal. DGS. Saúde dos Adolescentes – Princípios Orientadores. Lisboa: DGS, 1998.

15 Adultos dos 25 aos 64 anos.

Riscos ocupacionais ignorados

- Nesta fase do ciclo de vida, grande parte da vida activa é despendida em locais de trabalho, ignorando-se, no entanto, a dimensão dos riscos ocupacionais a que os trabalhadores estão expostos e a dimensão da morbilidade resultante.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Investir na prevencão secundária

- Deverão ser explicitadas nos programas e intervenções, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários e das acções dos serviços de saúde pública, especificidades na acção sensíveis às diferenças entre os géneros.
- Dar-se-á prioridade à prevenção secundária da doença em termos de diagnóstico precoce, que se encontra subdesenvolvido.
- Serão melhorados o acesso e a adequação das intervenções terapêuticas, que padecem de baixas taxas de *compliance*, resultando na baixa efectividade dessas mesmas intervenções.
- Na promoção da saúde merecerá prioridade a promoção de estilos de vida mais saudáveis nos cidadãos portadores de doença, campo de intervenção em que os profissionais de saúde têm demonstrado pouco empenho.

Settings prioritários

- Os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem a família, o local de trabalho e as unidades de saúde.

Um Envelhecimento Activo[16]

Situação actual

Cuidados inadequados às necessidades dos idosos

- Não se faz, a nível dos cuidados de saúde primários, um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos.
- Os cuidados de saúde, a todos os níveis, não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida e são apoiados por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais).
- Regista-se também insuficiência na prestação dos cuidados aos idosos no domicílio e dificuldade na equidade de acesso aos serviços de saúde, o que leva a internamentos evitáveis ou em locais não adequados.
- Verifica-se uma insuficiente articulação entre os múltiplos sectores implicados na prestação de cuidados aos idosos, tendo em conta que muitas determinantes estão fora do sector da saúde.

Insuficiente atenção às determinantes da autonomia e da independência

- Sai-se do mercado de trabalho sem planeamento de actividades alternativas e cai-se no isolamento físico e psicológico e na perda de relações sociais, surgindo a depressão e o suicídio.
- Muitos idosos vivem "acamados" e "sentados" em cadeiras de rodas, quando poderiam ser autónomos.
- A esperança de vida sem incapacidade acima dos 65 anos é inferior à média estimada para os países da União Europeia, devendo-se, entre outras determinantes, à pouca prática de actividade física regular.
- É indispensável uma maior atenção às particularidades em função do género (as mulheres vivem mais anos que os homens, mas o sexo feminino tem uma esperança de vida sem incapacidades bastante mais reduzida que o sexo masculino).

16 Idosos com 65 ou mais anos.

- Está a aumentar a violência, o abuso e a negligência sobre os idosos.

Insuficiência de ambientes capacitadores de autonomia e independência
- As pessoas com défices auditivos, visuais, etc. não têm ambientes acessíveis e estimulantes, registando-se consequentemente, uma grande frequência de acidentes com idosos (quedas, traumatismos, atropelamentos).

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos
- Será implementado e avaliado o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.
- Investir-se-á na identificação das dificuldades mais frequentes no acesso aos serviços e cuidados de saúde.
- Investir-se-á na informação da população idosa sobre o modo de lidar com as situações de doença mais frequentes, medidas de prevenção de quedas e sobre o envelhecimento activo.
- Investir-se-á na atenção especial às situações de maior vulnerabilidade, como a idade avançada, alterações sensoriais, AVC, doença crónica, depressão, isolamento, demência, desnutrição, escaras, risco de quedas, incontinência, polimedicação, hospitalização, etc.
- Aumentar-se-á a cobertura da vacinação contra a gripe e dos cuidados de reabilitação.
- Articular-se-ão os serviços de saúde com o sistema de cuidados continuados.

Actuar sobre determinantes de autonomia e independência
- Identificar-se-ão os critérios de fragilidade da população idosa através do Exame Periódico de Saúde (EPS).
- Procurar-se-á a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo (informar e encorajar para a prática de actividade física moderada regular, para a estimulação das funções cognitivas - memória -, para o incentivo de uma boa nutrição, bem como para a adopção de comportamentos saudáveis e para a vivência de uma reforma activa), tendo em conta as diferenças relativas à idade e ao género.

Promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos
- Informar-se-á a população-alvo e orientar-se-ão tecnicamente os profissionais de saúde quanto à detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas.
- Capacitar-se-ão os profissionais de saúde para detectar e encaminhar adequadamente situações de violência, abuso ou negligência.
- Recorrer-se-á cada vez mais a tecnologias e serviços favorecedores de apoio e de segurança (por exemplo, o serviço de telealarme).
- Articular-se-ão melhor os cuidados de saúde com grupos de apoio da sociedade civil e com serviços prestados por outros ministérios.

Settings prioritários
- Os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem: a família, capacitando-a para a prestação de cuidados informais; os lares de idosos, capacitando-os para a manutenção da funcionalidade, autonomia e independência; os centros de saúde e hospitais, promovendo a identificação de critérios de fragilidade e de cuidados antecipatórios; as unidades de cuidados continuados, promovendo a prestação de cuidados curativos, paliativos, de reabilitação e de recuperação globais em internamento, em ambulatório e no domicílio.

Morrer com dignidade

Situação actual

Deficiente acessibilidade a cuidados paliativos adequados

- A quase inexistência de respostas organizadas no âmbito dos cuidados paliativos leva a que os doentes com doenças de evolução prolongada e grave ocupem inadequadamente camas hospitalares em serviços que não estão treinados nem vocacionados para a gestão do sofrimento, ou, então, se encontrem no domicílio, entregues apenas a cuidados de âmbito generalista e informais, que, apesar de importantes, não esgotam a sua necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Organizacão dos cuidados paliativos

- Planificar-se-ão e estabelecer-se-ão unidades de internamento e domiciliárias, estruturadas para a prestação de cuidados paliativos.
- Elaborar-se-ão, em parceria com as sociedades científicas e com a sociedade civil, orientações que normalizem, nos serviços de saúde, a prestação de cuidados paliativos.

Formação em Cuidados Paliativos

- Planificar-se-ão as necessidades em profissionais dedicados prioritariamente a intervenções de carácter paliativo, em particular no contexto da doença terminal. Essas necessidades deverão ser respondidas com programas específicos de formação a enquadrar no contexto do exercício da paliação (por ex,. hospitais centrais, hospitais locais, centros de saúde).

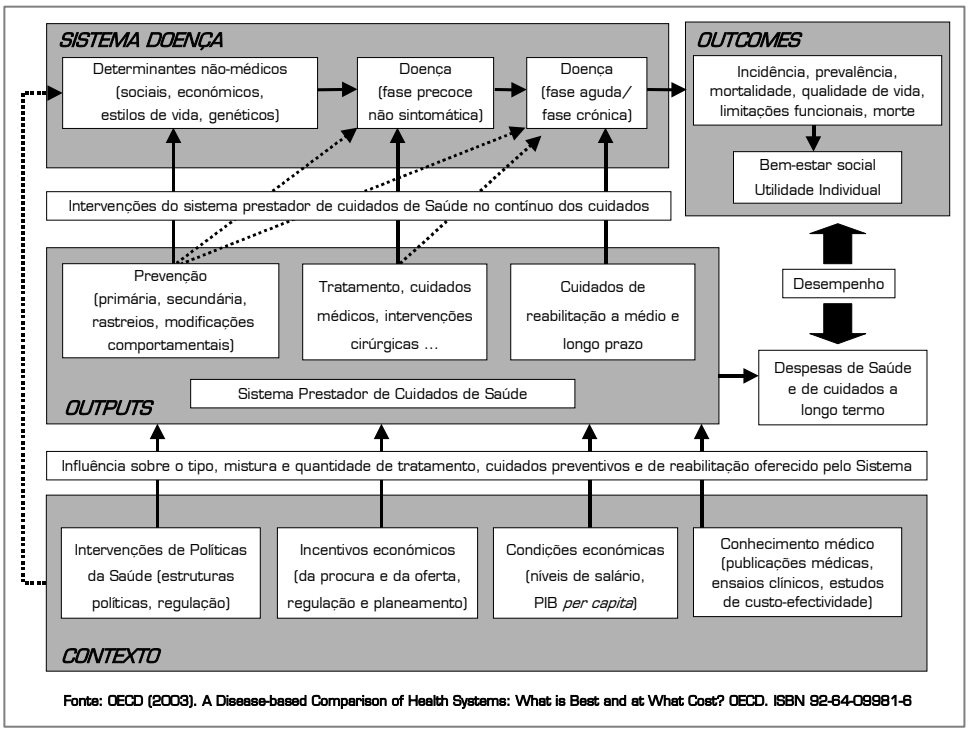
Settings prioritários

- Os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem: a família, capacitando-as para a prestação de cuidados informais; os centros de saúde e hospitais, capacitando-os para a prestação de acções paliativas; as unidades de cuidados continuados, capacitando-as para a prestação de acções paliativas em internamento e no domicílio.

Abordagem à gestão integrada da doença

A gestão da doença, seja ela infecciosa ou cronicodegenerativa, é uma das áreas de maior actividade no sector da saúde. Através da identificação de prioridades, do desenvolvimento de planos e programas, da criação de normas e de sistemas de monitorização e vigilância, tenta-se criar um contexto em que se torne possível a gestão mais racional da doença por todos os envolvidos: pacientes, administradores, gestores, médicos hospitalares, médicos de saúde pública, clínicos gerais, enfermeiros ou outros profissionais como os de reabilitação(figura 1)[17].

17 Abreu Nogueria, J.M. - A Propósito da Doença Crónica no Ambulatório ... Cuidados de Saúde. Abordagem Integrada Racionalização Inovação. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia, 2003.


SISTEMA DOENÇA
Determinantes não-médicos (sociais, económicos, estilos de vida, genéticos)
Doença (fase precoce não sintomática)
Doença (fase aguda/ fase crónica)
OUTCOMES
Incidência, prevalência, mortalidade, qualidade de vida, limitações funcionais, morte
Bem-estar social
Utilidade Individual
Intervenções do sistema prestador de cuidados de Saúde no contínuo dos cuidados
Prevenção (primária, secundária, rastreios, modificações comportamentais)
Tratamento, cuidados médicos, intervenções cirúrgicas ...
Cuidados de reabilitação a médio e longo prazo
Desempenho
Despesas de Saúde e de cuidados a longo termo
Sistema Prestador de Cuidados de Saúde
OUTPUTS
Influência sobre o tipo, mistura e quantidade de tratamento, cuidados preventivos e de reabilitação oferecido pelo Sistema
Intervenções de Políticas da Saúde (estruturas políticas, regulação)
Incentivos económicos (da procura e da oferta, regulação e planeamento)
Condições económicas (níveis de salário, PIB *per capita*)
Conhecimento médico (publicações médicas, ensaios clínicos, estudos de custo-efectividade)
CONTEXTO

Fonte: OECD (2003). A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost? OECD. ISBN 92-64-09981-6

Figura 1 – Um modelo de referência para o sistema de saúde baseado na doença

É na fase adulta que o indivíduo, através da família, do trabalho e da sua relação com a sociedade, demonstra maior capacidade para afirmar e exercer a sua cidadania. Várias alterações, decorrentes da evolução da sociedade, surgiram, lançando o enorme desafio de se viver mais tempo sem incapacidades. Outros constrangimentos, também eles decorrentes da evolução da sociedade, como o *stress*, a violência, a poluição, a emergência de doenças transmissíveis relacionadas com comportamentos/atitudes, o aumento de doenças crónicas potencialmente incapacitantes e do número de doentes portadores destas doenças, tendem a contrariar o elevado potencial de saúde da idade adulta, levantando questões específicas, nomeadamente em relação à adequação da prestação de cuidados às características particulares dos adultos portadores de doenças crónicas autocontroláveis.

No contexto acima mencionado, será importante dedicar atenção às políticas sociais de apoio à família e à elaboração e implementação de planos e programas nacionais de saúde. Há que melhorar o acesso dos doentes crónicos, quer à informação que habilite a um melhor autocontrolo, quer a materiais que viabilizem a autovigilância da doença, capacitando os doentes para as decisões e, simultaneamente, aumentando o seu grau de responsabilidade, individual e social, sobre a evolução da doença. Para tal, é importante envolver as Associações de Doentes e outras associações promotoras de saúde no desenvolvimento das acções informativas, preventivas, de rastreio e detecção precoce, bem como no apoio aos doentes.

Justifica-se, assim, a participação de estruturas próximas da comunidade, como é o caso das farmácias e serviços de apoio domiciliário e comunitário, como instrumentos fundamentais para a adopção de uma política de gestão da doença, fornecendo um apoio alargado, consistente e continuado quer para a prevenção, quer para o tratamento das populações envolvidas.

O desenvolvimento de programas de gestão da doença levará a implementar a abordagem sistematizada da prevenção destas doenças e a operacionalizar e incrementar a rede de cuidados continuados, criando respostas intermédias efectivas, entre os centros de saúde e os hospitais de agudos, dirigidas a pessoas com situações crónicas agudizadas, que não requeiram alta tecnologia diagnóstica e terapêutica hospitalar, ou com situações incapacitantes, que requeiram elevado investimento de reabilitação e de recuperação global.

Por outro lado, haverá uma maior necessidade de se definir e identificar, legal e funcionalmente, as doenças crónicas e doenças crónicas autocontroláveis, de forma a que estas pessoas possam usufruir de um melhor acesso aos cuidados de saúde que são inerentes à gestão da sua doença.

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Situação actual

Inexistência de dados epidemiológicos fiáveis sobre IST

- Em Portugal, por vários motivos, o número de casos reais de IST não é conhecido.
- Os dados disponíveis da Direcção-Geral da Saúde parecem indicar que a maior incidência das IST se verifica no homem, entre os 25 e os 44 anos de idade, e na região de Lisboa e Vale do Tejo.
- Em Portugal, o número de doentes nas consultas de IST tem vindo a aumentar. Também no resto da Europa um aumento no número destas infecções, incluindo a resistência aos antibióticos de *N. gonorrhoeae* se tem verificado, tendo recentemente sido relatadas epidemias de sífilis em vários países. Por estas razões se pensa que, também em Portugal, o número de novos casos de IST tenha aumentado nos últimos anos.
- Adolescentes e adultos jovens são geralmente os mais afectados, assim como aqueles com dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. No entanto, em Portugal, conhece-se muito pouco sobre a prevalência das IST em grupos específicos.
- O número de casos de sífilis congénita é ainda muito elevado em Portugal, por comparação com outros países da Europa, o que significa que esta infecção é também muito frequente no adulto. A elevada prevalência do VIH em Portugal parece indicar que existem números elevados das outras IST.
- Sabe-se também que, em Portugal, factores reconhecidos como responsáveis por uma maior incidência das IST nos últimos anos têm vindo a ganhar relevo, como, por exemplo, o aumento do número de viajantes, dos migrantes, dos comportamentos sexuais de risco e a deterioração das respostas das estruturas de saúde no controlo das IST.

Inexistência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica consistente

- Não se dispõe de um sistema consistente de vigilância epidemiológica com apoio laboratorial de qualidade, nem de técnicos de saúde com formação adequada na área das IST, a nível dos cuidados primários de saúde.
- A notificação obrigatória não funciona e não inclui, por exemplo, as infecções a clamídia.
- Não existem estudos epidemiológicos nem de validação dos esquemas de abordagem sindromática, incluindo os de susceptibilidade aos antibióticos, para que se possa avaliar a adequação das terapêuticas que presentemente se utilizam.

Inadequada formação em IST a nível dos profissionais de saúde e conhecimentos deficientes a nível do cidadão

- A maioria dos profissionais de saúde tem conhecimentos escassos em IST, uma vez que estas infecções são pouco valorizadas na maioria das licenciaturas da área da saúde.
- Os cursos de pós-graduação nesta área são escassos, quer no que respeita à clínica, quer em relação ao laboratório.
- Não existe informação suficiente e adequada sobre IST a nível das escolas, consultas de planeamento familiar, universidades e do cidadão em geral.

Inexistência de integracão entre as actividades de vários sectores da sociedade

- Existe falta de articulação entre as várias instituições com interesse em IST, VIH, toxicodependência e tuberculose, assim como com a sociedade civil.
- Deste facto resulta uma dispersão de recursos humanos, técnicos e financeiros, duplicação de acções e prejuízo para a população-alvo.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Aumentar o conhecimento sobre as IST em geral

- Promover a investigação em IST, no que diz respeito quer a estudos epidemiológicos clássicos ou de epidemiologia molecular, quer ao desenvolvimento de novos testes de diagnóstico, de novas terapêuticas ou à investigação clínica, incluindo a validação da abordagem sindromática.
- Conhecer o modo como os técnicos de saúde, a nível do serviço público e privado, efectuam a abordagem das IST e o número de pessoas que recorrem à auto-medicação ou ao farmacêutico.
- Promover estudos epidemiológicos em populações específicas classicamente relacionadas com a aquisição de IST: migrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes e jovens adultos e reclusos.
- Incentivar e apoiar a colaboração de cientistas portugueses com os seus pares de outros países, assim como a sua participação em redes internacionais.

Promover o conhecimento sobre IST por parte dos profissionais de saúde e do cidadão

- Formar formadores a vários níveis, de acordo com as características específicas do grupo-alvo que se pretende atingir.
- Disponibilizar informação sobre IST a nível do ensino básico, secundário e universitário, consultas de planeamento familiar, programas de rádio e de televisão, teatros, incluindo de rua, adequada à idade e ao nível educacional dos indivíduos a que se destinam.
- Incluir, durante a formação de técnicos de saúde, um ensino de IST de qualidade, nos seus aspectos epidemiológicos e de saúde pública, clínicos, e/ou laboratoriais, de acordo com os objectivos de cada licenciatura.

Identificar áreas prioritárias de intervenção

- Avaliar as infra-estruturas existentes ou a utilizar para a vigilância e controlo das IST.
- Avaliar a eficácia das diversas práticas utilizadas na vigilância e controlo das IST e uniformizá-las.
- Calendarizar acções de acordo com as prioridades existentes.

Implementar um sistema nacional de vigilância epidemiológica

- Todos as estruturas públicas de saúde deverão ser estatutariamente obrigadas a completar um formulário específico de dados estatísticos, a ser enviado ao Centro de Vigilância Epidemiológica da Direcção-Geral da Saúde, que por sua vez se comprometerá a dar conhecimento aos responsáveis pela promoção da saúde reprodutora.
- Motivar as estruturas de saúde privadas a completarem os mesmos formulários.
- Motivar os laboratórios a relatar os casos de herpes genital, sífilis, gonorreia e infecção por clamídia.
- Desenvolver um programa de identificação, vigilância e de controlo de epidemias de IST.
- Intensificar a vigilância epidemiológica no que diz respeito à prevenção e controlo da sífilis congénita.
- Desenvolver um programa nacional de vigilância epidemiológica para a monitorização da resistência de *Neisseria gonorrhoeae* aos antibióticos.
- Promover um programa de rastreio de infecções a clamídia em indivíduos sexualmente activos, entre os 16 e os 24 anos de idade, que recorram a estruturas de saúde, clínicos gerais, clínicas de planeamento familiar e consultas de dermatologia.
- Caracterizar as funções dos laboratórios de referência do País, aos quais competirá: caracterizar a resistência aos antibióticos de estirpes de *Neisseria gonorrhoeae*; coleccionar estirpes; fornecer ao Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis dados socio-demográficos e laboratoriais referentes ao doente; ajudar na preparação dos esquemas de vigilância epidemiológica.

Promover a melhoria das notificações obrigatórias:

- Garantir a confidencialidade dos dados clínicos e laboratoriais obtidos.

- Educar os técnicos de saúde para a importância da notificação obrigatória, através de acções de formação constantes.
- Promover o conhecimento sobre os sinais clínicos de IST por parte do cidadão, assim como a procura de cuidados médicos.
- Proceder à notificação sistemática dos parceiros sexuais.
- Implementar um sistema informático a nível do País, com uniformização de fichas de notificação obrigatória, coordenado pela DGS.
- Inclusão de outras IST na lista de notificação obrigatória.

Definir e implementar uma política nacional de cuidados integrados, no que diz respeito às IST

- Implementar um plano nacional de cuidados integrados, no que diz respeito aos seus aspectos psicossociais e médicos.
- Integrar as intervenções em IST/VIH/toxicodependência/TB. As instituições a trabalhar nestas áreas devem programar as suas intervenções em conjunto e delas dar conhecimento a uma Comissão criada para esse efeito, que deverá reunir elementos de várias instituições. Esta colaboração deve ser estendida à sociedade civil, a qual deve ser estimulada a participar activamente nas intervenções, inclusive na sua programação.
- Criar uma Comissão de Assessoria Técnica para as IST, com individualidades de reconhecido mérito nas áreas da clínica, da saúde pública, microbiologia, epidemiologia, VIH e SIDA, ciências do comportamento e administração em saúde.

Promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados em IST, a vários níveis

- Incentivar acções de prevenção, diagnóstico e terapêutica junto das populações com comportamentos de risco para IST, nomeadamente migrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes e adultos jovens e reclusos.
- Formar técnicos de saúde na utilização da abordagem sindromática, e a diferentes níveis.
- Formar equipas móveis.
- Formar equipas em aconselhamento.
- Proporcionar serviços clínicos acessíveis e aceitáveis, que ofereçam diagnóstico e tratamento de qualidade aos doentes com IST e seus parceiros sexuais: integração dos serviços de IST nas estruturas de saúde existentes e criação de um maior número de clínicas especializadas em IST, com funções específicas a definir, que possam servir como centros de referência.
- Promover o acesso universal e gratuito e a informação adequada à prevenção das IST e ao seu diagnóstico precoce e terapêutica atempada.
- Estimular o desenvolvimento de intervenções entre várias instituições estatais e do sector privado, de modo a possibilitar o acesso a bons cuidados de saúde nesta área a grupos desfavorecidos (Ministério da Saúde, Segurança Social, Justiça, etc).
- Fornecer normas de abordagem das IST e informação actualizada e adequada sobre terapêutica aos técnicos de saúde dos serviços privados.
- Criar redes de laboratórios, de vários níveis, para o diagnóstico das IST.
- Capacitar os laboratórios para a identificação dos agentes de IST, nomeadamente, através da formação de técnicos nesta área, da garantia do seu aprovisionamento e da qualidade dos serviços.
- Disponibilizar um pacote para terapêutica de IST a baixo custo.

Os objectivos da estratégia proposta pretendem:

- Reduzir a aquisição das IST e do VIH.
- Reduzir a prevalência das IST e do VIH não diagnosticados.
- Melhorar os cuidados de saúde dos indivíduos com IST e VIH.
- Reduzir o estigma associado ao VIH e às outras IST.

Settings prioritários

- Há que promover a informação adequada, a utilização dos meios preventivos das IST, o acesso aos cuidados de saúde, ao diagnóstico precoce e tratamento, privilegiando os *settings* escolar e laboral, respeitando as suas especificidades na implementação das

medidas e os *settings* dos locais de lazer e diversão nocturna. Os casais e as famílias, de uma forma global, devem ser envolvidos directa ou indirectamente, quando adequado, e como factor potenciador da efectividade das acções. Os serviços de saúde serão um *setting* a privilegiar na sensibilização e formação.
- Desenvolver-se-á um protocolo de cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, que permita fornecer cuidados de saúde dignos e de qualidade à população prisional.

Infecção por VIH e SIDA

Situação actual

Principais mudanças na caracterização da situação epidemiológica
- Em Portugal, ¾ da mortalidade associada à SIDA verificam-se entre os 25 e os 44 anos.
- Embora haja muitos mais homens falecidos por esta infecção do que mulheres, a diferença entre os dois tem vindo a diminuir[18].
- A importância da partilha de material de injecção para consumo de drogas, como via de transmissão do VIH, está a diminuir. No entanto, a transmissão do vírus está a aumentar no contexto das relações heterossexuais.

Necessidade de um modelo mais integrado de intervenção
- A problemática da SIDA tem seguido até ao momento uma abordagem de programa vertical sob a égide da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, com pouca integração com outros programas e actividades do Ministério da Saúde, e também com outros ministérios, sector privado, ONG e pessoas infectadas com VIH.

Deficiente/inexistente articulacão com outros sectores da sociedade
- É de realçar a deficiente/inexistente articulação com a sociedade civil, sector privado, ONG e pessoas que vivem com VIH, na definição, implementação e avaliação dos modelos de prevenção, educação, informação, comunicação, cuidados de saúde, incluindo tratamentos e investigação.

Atenção inadequada às necessidades de saúde de grupos específicos
- Apesar de reconhecido como um problema de saúde que afecta franjas populacionais menos integradas na sociedade, isto nem sempre se tem reflectido numa abordagem concertada destes grupos que também são objecto de intervenções especiais de outras entidades do Ministério da Saúde.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Promover a definicão de princípios orientadores da acção
- O respeito pela privacidade dos dados de saúde de cada cidadão e pela confidencialidade na execução dos testes e dos resultados, o acesso universal, incluindo o da população reclusa, aos testes de diagnóstico e aos tratamentos anti-retrovirais e aos meios de monitorização do estado de saúde, a garantia da utilização das melhores práticas nos cuidados de saúde e nas terapêuticas e o acesso generalizado aos meios e materiais de redução de riscos (preservativos femininos e masculinos e material estéril de injecção) são orientações e princípios que serão consagrados nas intervenções desenvolvidas.

Reconhecer a importância estratégica de um envolvimento alargado de todos os sectores da sociedade
- Só com uma abordagem global, para além do âmbito do Ministério da Saúde, e envolvendo todos os departamentos do Estado, sociedade civil, sector privado, ONG e as pessoas

18 Leitão, A. - Mortalidade em Portugal por Infecção pelo VIH. Saúde em Números, Vol. 15, n.º 1, 2000.

infectadas com o VIH, pode haver alguma efectividade no combate à propagação da infecção.

Melhorar o conhecimento da situação epidemiológica

- A vigilância epidemiológica da infecção VIH/SIDA será integrada no sistema nacional de vigilância epidemiológica coordenado pela DGS.
- Este sistema de vigilância será complementado com indicadores sentinela e comportamentais que permitam conhecer a realidade actual.
- Será concretizado o Projecto de Informatização dos Registos Clínicos da iniciativa da CNLCS, de uma forma uniformizada e ligando em rede todos os Serviços e Unidades reconhecidos, compatibilizando-o com o programa *Sonho*, o que tornará mais simples a compilação dos dados epidemiológicos disponíveis.

Fortalecer um modelo mais integrado de intervenção

- Será definida uma abordagem integrada do trinómio infecção por VIH/utilização de drogas injectadas /Tuberculose, sendo de aproveitar e ampliar a experiência com resultados positivos do Hospital de Joaquim Urbano, no Porto (Caixa 1).
- Serão incrementados esforços no sentido da actualização regular de conhecimentos dos profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento e tratamento clínico dos indivíduos infectados por VIH/SIDA.
- Será definida e implementada a rede de cuidados para pacientes infectados pelo VIH, incluindo a rede de apoio extra-hospitalar e a sua adequação geográfica, assim como a implementação das recomendações constantes do Documento da Rede de Referenciação de Infecciologia, nomeadamente no que se refere a quartos de isolamento e enfermarias, laboratórios de biologia molecular e quadros médicos (em proporção às necessidades assistenciais, formativas e académicas).
- O reconhecimento oficial da SIDA como Doença Crónica será regulamentado, de modo a que toda a medicação de apoio imprescindível (não anti-retroviral) possa ser dispensada gratuitamente aos doentes, de preferência nas farmácias hospitalares ou nos próprios hospitais de dia. Esta medida permitirá a promoção dos benefícios de saúde das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, devendo realizar-se uma adequada regulamentação desses benefícios.

Caixa 1– Algumas possíveis estratégias para abordar o binómio VIH/Tuberculose[19].

- A inclusão de indivíduos toxicodependentes de opiáceos, infectados pelo VIH e com tuberculose, em programas de tratamento sob observação directa com antibacilares e metadona (em regime de diminuição de riscos) e dirigidos por equipas multidisciplinares (infecciologista, psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiros, animadores sociais) concentradas num só local e com oferta de transportes gratuitos e refeições ligeiras,
- A inclusão de indivíduos toxicodependentes de opiáceos, infectados por VIH com indicação para terapêutica anti-retrovírica mas sem tuberculose, em programas idênticos ao anterior mas com anti-retrovíricos em toma única e com metadona.
- Relativamente a indivíduos não toxicodependentes, mas que sucessivamente abandonam terapêuticas quer para tuberculose, quer para infecção por VIH, outra estratégia teria que ser pensada – utilização de outros incentivos que não a metadona (refeições, subsídios, animação, cursos técnicos, ocupação) ou criação de carrinha móvel para administração de terapêuticas nos domicílios com visitas regulares ao centro de terapêutica combinada para acesso às outras especialidades/restante equipa multidisciplinar.

Promover intervenções prioritárias em grupos populacionais específicos

- Serão elaboradas e executadas propostas técnicas na área da prevenção e tratamento da infecção pelo VIH/SIDA junto de populações específicas, potencialmente expostas a um maior risco, nomeadamente, os jovens, os toxicodependentes, os sem-abrigo, os

19 A informação aqui apresentada sobre o binómio VIH/tuberculose é fruto de um trabalho realizado pelo Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Joaquim Urbano.

homossexuais, as minorias étnicas, os imigrantes legais e ilegais, as pessoas que se prostituem e as populações móveis. Também é de realçar a população heterossexual (actualmente o principal motor da epidemiologia desta infecção em países como Portugal) e a população idosa, em que a infecção por VIH tem vindo a surgir de um modo preocupante.

- Serão criados protocolos de cooperação:
    - entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para formação cívica e sexual dos jovens;
    - entre os Ministérios da Saúde e da Segurança Social, que permitam fornecer uma assistência médica digna e de qualidade aos desfavorecidos e emigrantes;
    - com instituições universitárias no âmbito da Psicologia, da Sociologia e da Virologia, para que se passe a conhecer mais em profundidade, no primeiro caso, os comportamentos de risco e os impactos das campanhas de informação por parte da nossa população e, no último, a infecção pelo VIH-2, na qual Portugal tem particular experiência e responsabilidade;
    - com ONG e IPSS para a construção de alternativas de apoio social digno aos doentes sem família ou por esta abandonados, aos sem emprego ou incapazes de desempenharem cabalmente a sua profissão e que, com grandes dependências de carácter físico, emocional e económico, se arrastam penosamente de forma desadequada pelas enfermarias hospitalares, sem solução efectiva visível a prazo.

<u>Reduzir a transmissão do VIH/SIDA e melhorar o apoio aos indivíduos portadores de HIV/SIDA</u>

- Irão ser implementadas melhorias na qualidade do acesso e da informação, prevenção, redução de riscos, rastreio e diagnóstico precoce da infecção pelo VIH/SIDA, através de uma rede de serviços, que envolve os parceiros sociais na comunidade, os Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce (CAD) e na articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados especializados.
- Disponibilizar-se-ão recursos técnicos, humanos e de formação para melhorar a abordagem e as boas práticas no âmbito do VIH/SIDA nos serviços de saúde visados.
- Monitorar-se-á o risco de transmissão mãe-filho na gravidez de forma a reduzir ao mínimo a transmissão vertical do VIH/SIDA.
- Monitorar-se-á o risco de transmissão dentro das prisões de forma a reduzir ao a infecção por VIH /SIDA, e melhorar o acesso e a qualidade do tratamento dos infectados, particularmente quando associadas a outras patologias como Toxicodependência, Tuberculose e outras IST.
- Serão implementados apoios financeiros e sociais que forneçam respostas adequadas de suporte e integração sociais, envolvendo a rede de cuidados continuados, iniciativas de programas de apoio específicos para esta população e outras iniciativas de acção social em colaboração com o Ministério da Segurança Social e Trabalho.

<u>*Settings* prioritários</u>

- Há que promover o acesso gratuito e a informação adequada, aos meios preventivos da infecção pelo VIH/SIDA e ao diagnóstico precoce, respeitando as especificidades do meio escolar e laboral, assim como privilegiar estes *settings* na implementação de boas práticas no âmbito do VIH/SIDA e no combate à discriminação dos portadores do VIH. As famílias e os casais devem ser envolvidas nas acções, quando adequado, tanto a nível da sensibilização e informação a ser recebida, como também da mobilização destas para a prevenção e para o acolhimento familiar e comunitário dos portadores do HIV.
- Os locais de lazer e diversão nocturna devem receber uma atenção e abordagem adequada a nível de prevenção e redução dos riscos.
- Os serviços de saúde serão um *setting* a privilegiar na sensibilização e formação.
- Desenvolver-se-á um protocolo de cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, que permita fornecer cuidados de saúde dignos e de qualidade à população prisional.

Outras doenças transmissíveis

Situação actual

Redução da incidência de doenças preveníveis pela vacinação

- Em Janeiro de 2004 estão abrangidas pelo PNV as seguintes doenças: tuberculose, hepatite B, poliomielite, difteria, tosse convulsa, tétano, infecções por *Haemophilus influenzae* tipo b, sarampo, parotidite epidémica e rubéola.
- A aplicação do Programa desde 1965 permitiu controlar as doenças alvo de vacinação (à excepção da tuberculose, devido a limitações qualitativas – eficácia - inerentes às vacinas disponíveis até à data).
- A incidência daquelas doenças é muito baixa, graças às elevadas taxas de cobertura vacinal que se vêm verificando de forma sustentada.
- Assim pode-se observar que, no último decénio antes da aplicação do PNV (final de 1965) e apenas em relação a 4 das doenças para as quais já existiam vacinas (poliomielite, difteria, tosse convulsa, tétano), foram notificados um total de 40.175 casos e de 5.271 mortes, que, comparativamente ao último decénio do século XX, com 466 casos e de 117 mortes respectivamente, representa um excesso de 39.709 casos e um excesso de 5.154 mortes.
- A incidência de algumas doenças transmissíveis e o seu impacto em termos de saúde pública estão a diminuir, graças às elevadas taxas de cobertura resultantes da aplicação do PNV.
- A poliomielite está eliminada em Portugal e na região europeia. Foi aprovado, através de Despacho Ministerial, o Plano para a fase pós-eliminação[20].
- O sarampo está em fase de pré-eliminação no País e na região europeia, sendo fundamental manter elevadas taxas de cobertura vacinal, para a primeira e segunda doses da vacina, se se quiser ver a doença eliminada.
- Em função da evolução tecnológica e da correspondente disponibilidade de vacinas o PNV está em permanente revisão, e se a epidemiologia da doença no País o justificar outras doenças poderão vir a ser abrangidas pelo Programa.

Incidência de hepatite C

- A hepatite C, que começou a ser notificada em 1993, apresentou uma tendência crescente até 1998, observando-se um decréscimo de notificações até ao ano 2000. Em 2001, verificou-se novamente um ligeiro acréscimo de notificações, tendo sido registados 251 casos. Em 2002, observou-se um novo decréscimo, com um total de 205 notificações registadas.
- É difícil interpretar a evolução das notificações por hepatite C, visto que muitos casos poderão corresponder a infecções antigas que estão a ser detectadas anos depois da sua ocorrência.
- Da mesma forma outros tantos não são prontamente identificados devido ao carácter assintomático de uma grande maioria dos infectados. Todavia, o impacto epidemiológico tem vindo a subir nos países que conseguiram desenvolver bons sistemas de detecção e controlo estatístico dos casos.
- Embora aparentemente o número de casos notificados não tenha sofrido uma evolução crescente, a não existência de uma vacina para a hepatite C e a prevalência ainda elevada de consumidores de drogas ilícitas e injectáveis em Portugal e as perspectivas de evolução futura apontadas para esta doença são, certamente, factores a considerar no panorama evolutivo desta patologia e do seu tratamento.
- Actualmente, a população afectada por esta infecção é essencialmente do sexo masculino e de idades entre os 15 e os 54 anos de idade.

20 Despacho Ministerial 1191/2004 2ª Série, DR 16 de 20 de Janeiro.

- Existe uma grande prevalência de casos entre a população de utilizadores de drogas injectáveis, variando entre 51% e 64% em 2001 para aqueles que foram atendidos nas unidades de saúde, públicas e convencionadas, sob a tutela do IDT.
- Perspectiva-se que relacionada com a Hepatite C, a nível nacional e internacional, se vai assistir, na presente década, a um aumento de cerca de 60% na incidência de cirrose hepática e de carcinoma hepatocelular. Da mesma forma, perspectiva-se um aumento de mais de 200% de morbilidade e mortalidade no que concerne a estas doenças e a um aumento de 523% nas necessidades de transplante hepático para os doentes em fase terminal. Tal situação terá consequências graves para a saúde destas populações e para os serviços especializados, com enormes repercussões sociais, humanas e económicas.
- Em relação à problemática da hepatite C, existe uma declaração de consenso sobre a forma de a abordar[21].

Maior visibilidade da doença meningocócica

- A infecção meningocócica manteve valores relativamente constantes ao longo da década de 90, tendo-se registado, no entanto, valores mais elevados em 1993 e em 2000 (346 casos), 2001 (306 casos) e 2002 (397 casos).
- Durante toda a década de 90, verificou-se que os grupos etários mais atingidos pela doença se situavam abaixo dos 14 anos, para, já no final da década, se começar a observar a doença também no grupo etário seguinte, entre os 15 e os 24 anos.
- Relativamente à distribuição dos serogrupos tem-se verificado gradualmente, um aumento da proporção de doentes afectados pelo serogrupo C em relação ao serogrupo B, verificando-se actualmente (2002) um ligeiro predomínio do serogrupo C em relação ao B.
- O actual sistema de vigilância epidemiológica da doença meningocócica é um exemplo de um sistema integrado de vigilância laboratorial e clínica.

Maior visibilidade da doenca dos Legionários

- A doença do Legionário só foi incluída na lista de doenças de declaração obrigatória em 1999 e, desde a sua inclusão até à presente data, tem-se verificado uma notificação relativamente baixa.
- Assim, em 1999, tivemos 5 notificações de casos da doença; em 2000, foram notificados 22 casos, na sua maioria correspondentes a um surto verificado na região Norte; em 2001, a notificação decresceu para 13 casos, tendo-se registado um novo aumento para 22 casos no ano de 2002.
- Portugal está representado no programa europeu de vigilância de doença dos legionários relacionada com viagens (EWGLI), e através deste tem conhecimento de casos que podem ter ocorrido no País, permitindo a investigação e aplicação de medidas correctivas, se pertinentes.
- A vigilância da doença dos legionários tem falhas, nomeadamente no que respeita à saúde humana uma vez que não integra informação clínica e laboratorial. Por outro lado, no que respeita à investigação ambiental identificam-se igualmente fragilidades que não permitem a identificação das fontes de transmissão.

Falta de controlo das doenças infecciosas relacionadas com as viagens

- Uma grande parte dos viajantes desconhece os riscos de contrair doenças infecciosas no estrangeiro, assim como a probabilidade de, sendo portador de algumas delas, as introduzir em Portugal.
- As acções de informação, prevenção e controlo destas situações ainda são diminutas face à necessidade de esclarecer e prevenir este risco na população-alvo de forma efectiva.
- As intervenções para controlar as possibilidades de introdução em Portugal de alguma destas doenças infecciosas, bem como para assisti-las do ponto de vista clínico precisam ser melhoradas.

21 Grupo de Estudo das Hepatites da Direcção Geral da Saúde; Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado - Relatório de Consenso e Recomendações para Prevenção e Tratamento da Hepatite C. Jornal Português de Gastrenterologia, 6 (1999): 12-24.

Elevada incidência da tuberculose

- A luta contra a tuberculose é contextualizada pelo Programa Nacional de Luta Contra Tuberculose.
- A vigilância epidemiológica da tuberculose precisa de ser normalizada, com uma componente clínica e outra laboratorial.
- A taxa de incidência continua elevada, com tendência para decrescer.
- A multirresistência mantém-se moderada e estável (<3%).
- Existe uma significativa sobreposição com a VIH/SIDA (15% dos TB têm SIDA – 52% dos SIDA têm TB).
- A distribuição do problema mostra uma grande variação geográfica: 60% das freguesias do País não têm casos há três anos.
- Os grupos de maior risco incluem: VIH+, toxicodependentes, reclusos e estrangeiros.

Acompanhamento da situação da Gripe

- A gripe é uma doença sazonal que se caracteriza pela imprevisibilidade devido às frequentes mutações do vírus. Manifesta-se com pequena expressão nalguns anos, mas também de forma violenta nos anos pandémicos, dependendo a sua gravidade da dimensão da população abrangida e da agressividade do vírus.
- Em 1997, a DGS criou um Plano de Contingência para a gripe destinado a situações de ameaça pandémica ou de pandemia. O Plano deve ser revisto periodicamente.
- Os valores da cobertura vacinal, são estimados pelo INSA e desde 1998/99 que existe informação detalhada sobre cobertura vacinal da população em Portugal, de entre os vários países europeus que participam no Programa *European Influenza Surveillance Scheme* (EISS). Para além das estimativas brutas e por grupos etários, tem se produzido também estimativas para sub-grupos populacionais com risco acrescido (asmáticos, diabéticos e outros) bem como por Região e outras variáveis. Os resultados encontrados demonstram que a percentagem de indivíduos que declararam estar vacinados aumentou de forma consistente entre 1998/99 e 2001/02, de 14,2% para 17%. Em 2002/03 estes números apresentaram uma descida, sem significado estatístico, para valores de 15%.
- A vigilância em Portugal, baseia-se em informação fornecida pelos médicos sentinela e por serviços de urgência sentinela e permite acompanhar, em cada época gripal, a evolução da doença, nomeadamente através da estimativa da incidência semanal, bem como da identificação dos vírus circulantes, estando este último associado a um sistema de vigilância laboratorial da responsabilidade do INSA e integrando o sistema de vigilância mundial da doença (coordenado pela OMS).
- O módulo da gripe da Linha Saúde Pública tem-se revelado um instrumento útil para cidadãos e profissionais de saúde, havendo ainda aspectos a melhorar.

Síndrome Respiratória Aguda

- Trata-se de uma doença nova cujos primeiros casos conhecidos se manifestaram no final de 2002, no Sul da China.
- Não são bem conhecidos os contornos epidemiológicos desta doença, não existe diagnóstico seguro e a terapêutica é controversa. Todavia, sabe-se que o risco de contágio é elevado, particularmente para contactos próximos (familiares e técnicos de saúde), sendo a mortalidade também elevada.
- A doença devido ao seu potencial de transmissão e letalidade originou o primeiro alerta global na história da OMS e foi dada por controlada no Verão de 2003, mantendo-se a hipótese de reemergência.
- Apesar de nunca uma doença ter sido identificada e caracterizada tão rapidamente existem ainda muitas incertezas relativamente à epidemiologia e diagnóstico da doença, bem como em relação ao seu tratamento.
- Em Portugal, seguindo orientações da OMS e da UE, foram tomadas as medidas necessárias para poder identificar casos importados, bem como para minimizar a possibilidade de transmissão e a ocorrência de casos secundários.
- Em 2002/2003, foram internados e isolados vários casos "suspeitos" que não foram posteriormente confirmados.

- Foi entretanto aprovado um Plano de Contingência referente às medidas a adoptar caso a doença reapareça com potencial de disseminação[22].

Deficiente vigilância de algumas doenças

- As doenças humanas provocadas por priões têm tido uma vigilância deficiente, apesar de ainda não se terem verificado no país casos de DCJ. Este facto não exclui a necessidade de uma vigilância apertada deste problema, na medida em que é conhecida a prevalência de BSE no gado em Portugal.
- É obrigatório reforçar a vigilância e o controlo das doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, sejam elas importadas (nomeadamente a Malária), autóctones (nomeadamente as infecções sexualmente transmissíveis e as toxinfecções alimentares) ou resultantes da libertação deliberada de agentes biológicos (bioterrorismo). É de realçar a existência de um Plano de Contingência aprovado para o Bioterrorismo [23].

Febre escaro-nodular

- A febre escaro-nodular continua a ser, a par com a brucelose, a doença com características sazonais-regionais mais notificada no nosso País. Apresenta uma elevada taxa de incidência, quando comparada com alguns países mediterrâneos.
- De acordo com um estudo realizado no Centro de Vectores e Doenças Infecciosas (CEVDI – INSA), estima-se que o número de casos ocorridos no período em análise (1989-2000) seja cerca de 7 vezes maior que os casos notificados no mesmo período.
- Como referido a distribuição da doença não é homogénea, sendo que os distritos com maior taxa de incidência são Bragança e Beja.
- A importância da doença advém também do facto de apresentar uma letalidade relativamente elevada, sobretudo em alguns anos e regiões.

Informacão sobre outras zoonoses

- O sistema de doenças transmissíveis de declaração obrigatória abrange outras zoonoses para além da febre escaronodular, nomeadamente o carbúnculo, a brucelose e a leptospirose.
- A brucelose tem-se mostrado a zoonose mais prevalente, tendo vindo a decrescer sistematicamente desde 1994, ano em que se verificaram 1243 notificações da doença. Em 2002, registaram-se apenas 206 casos.
- A leptospirose manteve um nível de notificação constante nos primeiros anos da década de 90 (± 37 casos) para, em 1997/98, apresentar um acréscimo significativo de notificações, atingindo o valor mais elevado da década em 1998, com 92 casos. Estes diminuíram posteriormente até 2000, para voltarem a aumentar em 2001, ano em que se observaram 80 casos. Em 2002, o número de notificações decresceu para 37. O sexo mais atingido tem sido o masculino e, no País, as notificações têm vindo predominantemente da região Centro e da região autónoma dos Açores.
- O carbúnculo tem mantido, ao longo dos anos, um nível de notificação muito baixo, havendo mesmo anos em que não se têm observado notificações.

Deficiente informação sobre resistência aos antimicrobianos

- Estão criados em diversas instituições mecanismos para o estudo e controlo da resistência aos antimicrobianos, incluindo o levantamento dos antibióticos usados na saúde humana (INFARMED) e o estudo da resistência aos antimicrobianos (INSA e outras instituições).
- No entanto, não existe uma coordenação nacional destas iniciativas, nem uma visão global do problema em Portugal.

Deficiente informacão sobre infeccões nosocomiais

- O Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) foi criado em 1999.

---

22 Plano de Contingência para a Síndrome Respiratória Aguda (SRA) 2003/2004, Despacho nº 273/2003, de 7 de Outubro.

23 Bioterrorismo - Plano de Contingência Português para a Saúde – Despacho nº 18 923 de 31 de Julho, do Ministro da Saúde, DR nº 196 – II Série, de 26-08-2002) e descrito em Circular Normativa (12/DT de 02/09/2002).

- Um estudo de prevalência efectuado em 1993 indica que 9,3% dos doentes internados manifestavam uma infecção nosocomial (adquirida no hospital)[24]. Estudos mais recentes apontam para taxas elevadas em unidades de cuidados intensivos, serviços de hematologia clínica, entre outros, com incidência significativa de microrganismos multirresistentes, nomeadamente, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii e* enterobacteriáceas produtoras de beta-lactamases de espectro alargado.
- Tanto nas estruturas hospitalares como nos centros de saúde, a insuficiência de lavatórios para as mãos, de quartos de isolamento e de barreiras sanitárias entre limpo e sujo não favorecem as boas práticas. Também as estruturas para a descontaminação e esterilização não correspondem aos requisitos estabelecidos pela Directiva dos Dispositivos Médicos da 93/42 da CE.
- Embora um Despacho da DGS, de 23 de Outubro 1996, defina o enquadramento para o controlo de infecção nas instituições de saúde, é manifesta a desadequação dos meios disponibilizados e a falta de apoio no terreno para a sua concretização.
- Está-se a implementar uma rede de registo de infecção (integrada na Rede Europeia desde 1997).
- A nível dos hospitais e centros de saúde, existem comissões de controlo de infecção (CCI) confrontadas com falta de meios.
- Nos hospitais, os laboratórios de microbiologia não se encontram equipados (p.ex. informatização) de forma a dar um contributo efectivo para as actividades de vigilância epidemiológica.
- Verifica-se uma lacuna na formação nesta área, a todos os níveis: na fase pré-graduação (faculdades, internatos e estágios) e pós-graduação e, com maior importância, após a nomeação dos profissionais para integrar as CCI.
- O PNCI criou grupos de trabalho para produzir recomendações de boas práticas.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

<u>Manter o Programa Nacional de Vacinação e proceder à sua revisão periódica</u>

- O PNV deve manter as suas principais características actuais: universal, gratuito para o utilizador, com um esquema recomendado e aplicado sobretudo pelos serviços do Serviço Nacional de Saúde.
- Em todas as regiões do País devem manter-se de forma sustentada taxas de cobertura vacinal da ordem dos 95% ou superiores.
- Um sistema de informação sobre coberturas vacinais que permita intervenção em tempo útil é fundamental para a monitorização do Programa. O módulo *Sinus* Vacinação, que permite informação "on line" deve estar em funcionamento em todo o País no mais curto lapso de tempo.
- A complexidade do PNV exige a sua permanente revisão e actualização de acordo com a epidemiologia das doenças no País e com a disponibilidade de vacinas efectivas, seguras e de qualidade.
- A disponibilidade de vacinas conjugadas contra o serogrupo C do meningococo e contra sete serotipos do pneumococo introduziu a necessidade de avaliação de diferentes estratégias vacinais para a sua utilização, pelo que a DGS e a Comissão Técnica de Vacinação (CTV) estão a analisar o impacto da vacinação em termos de possíveis ganhos em saúde. A avaliação clínica e epidemiológica será seguida da avaliação de custo-efectividade.
- Relativamente à utilização da vacina conjugada contra o meningococo C, deverão ser emitidas novas recomendações durante o ano de 2004 (as actuais recomendações são no sentido de a vacinação ser efectuada mediante prescrição médica).
- Para o sarampo ser eliminado, é fundamental manter taxas de cobertura pela vacina muito elevadas (da ordem dos 97% para a 1ª dose).
- É também importante ter a certeza de que não existem casos de sarampo, o que só é possível através da confirmação laboratorial dos casos clinicamente suspeitos e com a intensificação da vigilância epidemiológica, devendo desenvolver-se um Programa Nacional

24 Pina, E. - Relatório: Inquérito de Prevalência de Infecção. Sistemas de informação para a gestão de serviços de saúde. Lisboa: IGIF,1994.

para a Eliminação do Sarampo e Prevenção da Rubéola Congénita de acordo com as orientações da OMS.
- Quanto à poliomielite, e tendo em atenção o Plano de Acção de pós-eliminação do Programa Nacional de Erradicação, deve ser ponderada a substituição da vacina viva oral pela vacina inactivada injectável.
- Em relação à hepatite B, apesar do êxito do PNV, continua a verificar-se a existência de assimetrias geográficas na sua aplicação e a presença de bolsas populacionais com níveis de protecção inferiores ao desejável. A acção das estruturas locais de saúde, com intervenção junto da comunidade, é fundamental para a correcção dessas assimetrias.

Expandir as intervenções para a profilaxia e controlo da hepatite C
- Serão melhorados os mecanismos de vigilância da doença e realizados estudos para apurar a sua prevalência.
- Ao nível dos serviços de saúde, serão consolidadas as medidas tendentes a impedir a transmissão nosocomial da doença.
- Será dada uma maior atenção à sua prevenção no âmbito dos programas de troca de seringas e de redução de riscos, sem descurar da necessidade de dotar os serviços de cuidados de saúde para dar uma assistência crescente à população afectada a médio prazo.

Repensar as intervencões de controlo da doenca meningocócica
- Será reforçada a vigilância integrada clínica e laboratorial.
- Será adoptada uma estratégia de vacinação que permita a melhor relação custo-beneficío, tendo em atenção o investimento e os potenciais ganhos de saúde.
- A curto prazo as decisões incidem sobre a vacina conjugada contra o meningococo C. A eventual disponibilidade de uma vacina efectiva contra o meningococo B será também equacionada nas medidas de controlo da doença.
- Será reforçada a difusão de orientações técnicas sobre quimioprofilaxia e actuação perante um surto.

Definir estratégias de luta contra a doenca dos legionários
- Criar-se-á um sistema integrado de vigilância clínica e laboratorial.
- Promover-se-á a investigação dos casos no sentido de identificar as fontes/reservatórios do agente responsáveis pela transmissão.
- Integrar-se-á a vigilância dos casos com a vigilância ambiental.
- Emitir-se-ão orientações técnicas referentes ao diagnóstico e à metodologia de investigação de casos e surtos.
- Desenvolver-se-ão legislação e orientações no que respeita às estruturas e equipamentos, seu funcionamento e monitorização.
- Emitir-se-ão orientações técnicas referentes às medidas a adoptar perante a identificação de um risco ambiental.

Definir intervenções para a prevenção e controlo das doenças infecciosas relacionadas com as viagens
- Divulgar-se-á informação à população sobre os riscos de saúde e as possibilidades de prevenção, associados a viagens internacionais;
- Criar-se-ão normas de orientação clínica, à semelhança do que existe noutros países, e promover-se-á a sua divulgação entre os prestadores de cuidados de saúde;
- Criar-se-ão centros de referência em medicina do viajante;
- Desenvolver-se-ão esforços de formação específica dos prestadores de cuidados de saúde em medicina do viajante;
- Desenvolver-se-ão unidades de vacinação destinadas a viajantes;
- Sensibilizar-se-ão para questões de saúde grupos profissionais (por ex. agentes de viagens, transportadoras aéreas) associados às indústrias turísticas.

Reforçar actividades geograficamente específicas contra a tuberculose

- As acções necessárias e prioritárias passam pelo reforço de actividades para melhor conhecer a epidemiologia da tuberculose em Portugal, incluindo estudos epidemiológicos e normalização da vigilância epidemiológica, com a intensificação da vigilância laboratorial.
- Continuar-se-á o investimento na expansão da DOTS e do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose.
- A grande variabilidade geográfica reflectir-se-á na definição de projectos de intervenção geograficamente específicos, mesmo ao nível de freguesia, se adequado, assim como a nível de algumas instituições, como as prisões.
- Definir-se-á a intervenção focalizada, em complemento da estratégia DOTS, dirigida aos grupos de maior risco, quer no contexto comunitário, quer institucional.
- Definir-se-á o dispositivo mínimo de recursos humanos e físicos para a implementação da DOTS, as actividades de prevenção, a detecção activa, o tratamento personalizado dos casos com resistência e para o internamento.
- Definir-se-á a reserva estratégica da capacidade de internamento em condições adequadas de isolamento, quer em regimes de demora média de 3 semanas, quer para tratamentos muito prolongados para os casos com multirresistência ou situações psicossociais incontornáveis.
- Definir-se-á as medidas administrativas e de isolamento para o controlo da transmissão hospitalar.
- Serão coordenadas actividades com a CNLCS e o Plano Nacional de Luta contra a SIDA.

Reforcar a vigilância e controlo da gripe

- Será revisto o Plano de Contingência (ou Pandémico), em que estão definidas as principais linhas de acção, caso ocorra uma pandemia (ou ameaça de pandemia).
- Será reforçada a vigilância da doença (clínica e laboratorial) e o desenvolvimento de um Programa Nacional Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe.
- Manter-se-ão actualizadas as recomendações de vacinação e quimioprofilaxia.
- Será criada uma reserva estratégica de medicamentos (REM).
- Serão desenvolvidos mecanismos de monitorizaração da cobertura vacinal contra a gripe.

Desenvolver um plano de accão em relacão a Síndroma Respiratória Aguda

- De forma a minimizar os riscos de diagnóstico diferencial com a gripe (e não só), reforçar-se-á a informação à população sobre as vantagens da vacinação antigripal, não apenas nos grupos de maior risco de morbilidade e mortalidade.
- De acordo com o Plano de Contingência aprovado desenvolver-se-á um conjunto de medidas que visem minimizar o risco de importação de casos e da subsequente disseminação da doença.
- Serão criados e desenvolvidos sistemas de vigilância da doença quer perante um surto, quer na fase pós-surto.
- Desenvolver-se-á uma rede de hospitais aptos a fazer a triagem e o internamento dos casos.
- Continuarão a ser emitidas orientações técnicas específicas para os profissionais de saúde.
- Continuará a ser feito um esforço no sentido de manter a população informada nomeadamente através do *site* da DGS, dos *media* e do reforço da Linha Saúde Pública.
- Aplicar-se-ão medidas de sanidade internacional, principalmente nos aeroportos.

Melhorar o sistema de vigilância das doencas humanas provocadas por priões

- No que diz respeito às doenças humanas provocadas por priões, será consolidada a sua monitorização no contexto geral da vigilância epidemiológica.

Melhorar a informacão disponível sobre a febre escaro-nodular

- Reforçar-se-á a vigilância clínica e laboratorial da doença, através de uma intervenção integrada.

- Promover-se-á a investigação de casos graves (todos os que resultam em internamento e/ou morte) e a investigação de surtos.
- Promover-se-á igualmente a investigação sobre o agente responsável pela doença.
- Será divulgada informação, em colaboração com os serviços de veterinária, no sentido de alertar a população para os riscos e para as medidas existentes relacionadas com o controlo de artrópodes.

Reforçar a colaboração com as autoridades veterinárias contra as zoonoses

- O controlo das zoonoses implicará:
    - a actuação sobre os animais e respectivos ecossistemas, sendo que os serviços de veterinária e os serviços relacionados com o ambiente são os principais responsáveis pela redução dos casos nos animais, o que terá reflexos positivos na saúde humana, sendo necessário uma melhor articulação entre os diferentes serviços em diferentes ministérios;
    - a implementação da notificação laboratorial;
    - a realização, em conjunto com as instituições veterinárias, de campanhas de esclarecimento, divulgação e consciencialização junto da população e dos proprietários de animais domésticos, nomeadamente de cães, focando, sobretudo, o problema das carraças e a necessidade de controlo destes artrópodes.

Conhecer melhor a situação da resistência aos antimicrobianos

- Será desenvolvido um Programa destinado a estudar e controlar a resistência aos antimicrobianos, incluindo a definição de políticas de consumo de antibióticos relacionados com a saúde humana e animal e o desenvolvimento de um programa de vigilância destas resistências através[25]:
    - do apoio ao desenvolvimento de orientações sobre boas práticas;
    - da institucionalização de uma política nacional de utilização dos antimicrobianos;
    - do apoio de iniciativas de formação contínua dos prescritores, não apenas no meio hospitalar, mas também na área do ambulatório;
    - do sistema de vigilância e monitorização do consumo de antibióticos e das resistências aos antimicrobianos, integrado no sistema de alerta e resposta apropriada, aquando do surgimento de organismos multirresistentes.

Reforcar as intervencões de controlo das infeccões nosocomiais

- Será melhorado o conhecimento da situação epidemiológica, através de uma participação mais alargada dos hospitais na rede de registo criada e actualmente em funcionamento e do desenvolvimento do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais.
- Promover-se-á a formação de um modo mais intensivo, tanto para a gestão dos programas institucionais, como para a implementação e divulgação das boas práticas.
- Serão incluídos no conjunto indicadores de desempenho, a serem fornecidos pela gestão das unidades de saúde, que reflictam a qualidade das intervenções de Controlo de Infecção nas instituições (por ex. taxas de microrganismos resistentes, taxa de exposição a dispositivos invasivos seleccionados).
- Reforçar-se-á a actividade das Comissões de Controlo de Infecções (CCI) e desenvolver-se-á um modelo mais integrado de intervenção ao nível das instituições de saúde, através da:
    - revisão e actualização da legislação, de forma a atribuir carácter vinculativo às recomendações das CCI;
    - modificação do estatuto das CCI, tornando-as órgãos técnicos especializados e conferindo-lhes uma continuidade que permita o desenvolvimento de intervenções a médio e longo prazo;
    - participação das CCI no planeamento de novas estruturas ou na remodelação das existentes, a fim de se assegurar que as estruturas cumprem as regras para as boas práticas na prevenção e controlo da transmissão cruzada da infecção;

25 Recomendações propostas em 1998 pela Comissão de Peritos de Luta contra as Doenças Transmissíveis (Presidente: Prof. Henrique Lecour), na conferência intitulada AMEAÇA MICROBIANA, Resistência aos Antibióticos, um problema de saúde pública.

- articulação das actividades de controlo de infecção, nos programas de saúde ocupacional, de gestão de risco e da melhoria de qualidade das instituições de saúde.

Settings prioritários

- Os *Settings* a privilegiar incluem a família, as amas, os infantários, as escolas, as universidades, os locais de trabalho, os locais de lazer, as prisões, as unidades de saúde e a rede nacional de Autoridades de Saúde.

Cancro

Situação actual

Incipiente operacionalização do Plano Oncológico Nacional

- O instrumento enquadrador da luta contra o cancro é o Plano Oncológico Nacional (PON). Este Plano "assenta numa política de coordenação, intersecção e complementaridade dos serviços de saúde e abrange todas as fases que acompanham a doença, desde a prevenção e rastreio ao diagnóstico e tratamento, terminando na reabilitação e nos cuidados paliativos".
- As Comissões Oncológicas Regionais têm desempenhado de forma incipiente o seu papel de acompanhamento da implementação do PON, cuja responsabilidade de operacionalização incumbiria às ARS.

Responsabilidades pela intervencão mal definidas

- A propósito dos níveis de intervenção das entidades do estado na política oncológica, ainda muito limitada nos objectivos e meios, convém referir que não está clarificada a partilha de responsabilidades e o aprofundamento das relações estruturadas de colaboração entre a DGS, os IPO e as ONG, de que a Liga Portuguesa Contra o Cancro é o melhor, embora não único, exemplo.
- O aparecimento de hospitais SA, em particular a empresarialização dos Centros Regionais do IPO, criou um quadro novo de responsabilidades e de coordenação que aguarda clarificação.

Vigilância epidemiológica deficiente

- O cancro está entre as três principais causas de morte em Portugal, registando-se um aumento progressivo do seu peso proporcional[26].
- A mortalidade global por cancro, em Portugal, estabilizou, embora apenas haja compilação publicada de dados dos Registos Oncológicos até 1998 e ainda seja evidente uma tendência de aumento da mortalidade nos homens.
- Apesar de haver uma diminuição na mortalidade, em algumas neoplasias, nomeadamente no cancro do estômago, outras, como o cancro do cólon e recto, da próstata, do pulmão e mieloma múltiplo, continuam com mortalidades progressivamente crescentes.
- De um modo geral, não existem estatísticas nacionais actualizadas e fiáveis de incidência e de resultados terapêuticos, o que resulta na incapacidade de avaliar a eficácia do sistema, comparar instituições e estratégias, produzir dados para projecção do número de casos novos e, consequentemente, planificar e monitorizar intervenções futuras.

Dificuldades na prevenção do cancro

- A prevenção do cancro tem encontrado dificuldades que se relacionam com factores de ordem diversa.
- Sendo certo que já foi possível encontrar factores claramente cancerígenos, de onde sobressai o tabaco, também é verdade que a mensagem, mesmo que justificada, sobre a cancerigénese de um número vasto de matérias, produtos e situações de exposição diária, corre o risco de se perder no excesso de informação em que se vive.

26 IARC - Technical Publication nº 38, Cancro em Portugal, 2002.

- Esta situação leva à necessidade de ponderação na identificação dos alvos a atingir com as campanhas de prevenção, sendo necessário o reforço das medidas reguladoras da exposição ao tabaco, em particular, incluindo novos factores que ainda carecem de completo esclarecimento.

Falta de orientação normativa para a realização de rastreios

- A realização de rastreios, que tem decorrido, no caso particular do cancro da mama, essencialmente a partir da acção meritória e generosa da Liga Portuguesa Contra o Cancro e, no caso do carcinoma do cólon e recto, da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, não tem sido enquadrada eficazmente, de forma uniforme e coordenada, pelos organismos estatais competentes. Daqui têm resultado assimetrias de acesso, com a consequente falta de avaliação de largos sectores da população em risco.
- Nestas matérias de prevenção e rastreios há, como já foi referido, sobreposição de competências entre a DGS e os Centros Regionais do IPO, competindo à primeira um papel normativo.
- A adopção de uma Recomendação da Comissão Europeia sobre detecção e rastreio de Cancro colocará maiores responsabilidades sobre os Estados Membros.

Acesso limitado aos cuidados necessários

- Não fará sentido implementar sistemas de vigilância e detecção precoce, complementadas por diagnóstico rápido e preciso, se não houver seguimento terapêutico útil, adequado e célere.
- Até agora, tem havido excessiva dispersão da assistência oncológica, em particular pelo desenvolvimento não programado de unidades de oncologia médica e, paradoxalmente, demasiada concentração, particularmente ao nível dos grandes centros urbanos, da procura de intervenção cirúrgica, com a consequente geração de listas de espera.
- Também no âmbito do PON, está aprovada a Rede de Referenciação Hospitalar em Oncologia, cuja implementação plena ainda está longe de ser efectivada, quer no campo das dotações de serviços e meios humanos, quer na regulação e temporização dos fluxos de doentes.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Clarificar responsabilidades e coordenar actividades na luta contra o cancro

- A legislação que transforma em SA os centros regionais do IPO, prevê a necessidade de publicação de novos diplomas "sobre órgãos de regulação, coordenação e apoio das actividades relacionadas com a definição e a execução da política oncológica nacional". A clarificação das responsabilidades, a implementação do PON e coordenação do mesmo, bem como a execução das medidas propostas no PNS, serão operacionalizadas pela nomeação de um Coordenador para as Doenças Oncológicas. Idealmente, este exercerá a sua acção através de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, especificamente criado com a intenção de, articuladamente com outros programas do Ministério da Saúde, permitir a aplicação de acções e estratégias de Saúde, em todos os níveis de prevenção, no âmbito Oncológico.
- Igualmente, o Conselho Nacional de Oncologia terá de ter a sua composição e termos de referência revistos.
- A aplicação do PON e a construção e desenvolvimento de uma Estratégia Oncológica implicará um aprofundamento das relações entre o futuro Programa Nacional, a DGS, as ARS, através das Comissões Oncológicas Regionais, as Unidades Oncológicas da Rede e ONG de luta contra o cancro.

Melhorar a vigilância epidemiológica do cancro

- Os sistemas de vigilância epidemiológica do cancro serão repensados, de forma a uniformizar e regulamentar o sistema de informação sobre o cancro em Portugal, centralizando os dados pertinentes e necessários para a avaliação de ganhos em saúde, quer na vertente preventiva, quer na objectivação da efectividade terapêutica.

Promover a acção intersectorial na prevenção

- No campo da prevenção primária, serão continuadas as acções de educação sobre factores de risco, incidindo particularmente no grupo dos jovens em idade escolar, nomeadamente quanto a tabagismo, hábitos alimentares, comportamento sexual, exposição solar e saúde ambiental.
- Estas acções serão completadas por medidas de carácter normativo, para monitorização, eliminação ou redução significativa do risco de exposição a cancerígenos conhecidos.

Normalizar e promover as actividades de rastreio

- Serão acompanhados e reforçados os apoios aos programas de rastreio em curso, cuja avaliação em ganhos de saúde é imperiosa.
- A política nacional de rastreios de cancro, na dependência do Ministério da Saúde, incidirá sobre o carcinoma do colo do útero, da mama e do cólon e recto.
- Como prioridades absolutas, pela sua dimensão, considerar-se-ão a coordenação de um programa nacional de rastreio do cancro de mama e do cancro do cólon e recto e a sua articulação com a rede de referenciação, a desenvolver de imediato.

Melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde oncológicos

- A Rede de Referenciação Hospitalar Oncológica está já aprovada e, embora ainda carecendo de acertos finais na distribuição e caracterização das unidades hospitalares em cada região de saúde, a sua implementação deverá ser finalizada.
- O pleno funcionamento da RRH de Oncologia deverá permitir o atenuamento progressivo, até ao desaparecimento, de desigualdades no acesso ao diagnóstico e cuidados.
- A RRH de Oncologia deverá ser readaptada a um contexto de maior protagonismo de parceiros múltiplos na prestação cuidados oncológicos. Dever-se-á procurar maior contribuição de cuidados ambulatórios e domiciliários, promovendo a continuidade entre os níveis de proximidade e os cuidados especializados, tal como são definidos na RRH de Oncologia.
- A prestação de cuidados na rede de cuidados oncológicos não poderá ser programada sem integração nos Planos de Luta Contra a Dor e de Cuidados Paliativos/Continuados.
- A prestação de altos níveis de qualidade de serviços em Oncologia vai impor uma programação da formação de pessoal nas profissões, especialidades e valências necessárias.
- Simultaneamente, será aprovada e implementada a Rede de Referenciação Hospitalar de Anatomia Patológica, passo fundamental para a garantia de qualidade nas respostas histológicas.

Settings prioritários

- Os *Settings* a privilegiar incluem a família, a escola, a universidade, o local de trabalho, os locais de lazer e as unidades de saúde.

Doenças do aparelho circulatório

Situação actual

Estilos de vida pouco saudáveis

- A população portuguesa apresenta algumas características de comportamento pouco saudáveis e que contribuem para o aumento do risco de doença cardíaca. O sedentarismo atinge níveis elevados, mesmo entre a população activa. Os hábitos alimentares têm uma propensão cada vez maior para a presença de elevadas quantidades de sal, gorduras e açucares e baixos níveis de fibras e vegetais. O tabagismo apesar de ser considerado como baixo para níveis europeus, ainda não se encontra controlado, demonstrando inclusive uma tendência de crescimento entre os jovens e as mulheres.

Perfil lipídico da população em risco

- Dados fornecidos pela Fundação Portuguesa de Cardiologia sobre o perfil lipídico da população portuguesa apontam para uma parte considerável da população (68,5%) que apresenta um risco moderado para doença cardiovascular (colesterol total ≥ 190 mg/dl) e cerca de 23,4% que apresenta um risco elevado (colesterol total ≥ 240 mg/dl). O valor de colesterol total médio da população encontra-se nos 210 mg/dl, todavia, também se observa um valor médio elevado para o colesterol HDL (52,3 mg/dl).
- A maioria da população referenciada para consultas de dislipidémias e/ou risco cardiovascular apresenta um perfil lípidico de maior risco.

Tendências decrescentes de morbimortalidade

- As doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal, sendo a terceira e a quarta causa de anos potenciais de vida perdidos e a principal causa de morte em Portugal em ambos os sexos.
- Observa-se, no entanto, uma tendência decrescente das doenças do aparelho circulatório a nível nacional e em todos os grupos etários.
- As taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares também têm vindo a diminuir em Portugal.
- Para a doença isquémica cardíaca observou-se igualmente um decréscimo das taxas de mortalidade, mas menos pronunciado do que o verificado nas doenças cerebrovasculares.

Deficiente coordenação e cobertura pelas intervenções necessárias

- O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, aprovado em 2003, enuncia estratégias e identifica a necessidade de instrumentos informativos, normativos e de orientação técnica que permitam, a nível nacional, combater os principais factores de risco das doenças cardiovasculares, identificar e controlar os seus portadores e, ainda, criar mecanismos organizacionais que viabilizem um acesso mais rápido, adequado e eficaz ao tratamento destas doenças.
- Neste sentido, será integrada, no Programa, a Via Verde Coronária, coordenada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica. Serão ainda criadas, no âmbito do Programa, Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais, com o objectivo de se reduzir a mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC), assim como as incapacidades que dele decorrem.
- A Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica, já aprovada, vem definir uma rede de cuidados de cardiologia, com as competências de cada hospital e as linhas de articulação entre eles.
- A Via Verde Coronária, apesar de aprovada há já alguns anos, cobre uma minoria ínfima dos pacientes que dela poderiam beneficiar.
- As recomendações para o desenvolvimento de unidades de AVC[27], já aprovadas e suporte fundamental para a Via Verde dos AVC, definem os princípios e os recursos necessários para prestar cuidados de qualidade aos doentes com AVC, com um potencial de ganhos de saúde na mortalidade e nos níveis de incapacidade.
- Os poucos estudos que existem apontam para uma baixa efectividade, a nível populacional, das intervenções terapêuticas, apesar da sua comprovada eficácia.
- Só uma minoria de pacientes é integrada em programas de reabilitação pós-enfarte do miocárdio ou AVC.

Carências ao nível da transplantação cardíaca

- A transplantação cardíaca sofre de graves deficiências organizativas e estruturais.
- Falta uma equipa profissionalizada que se dedique à insuficiência cardíaca grave e à transplantação, e que envolva cardiologistas, cirurgiões cardíacos, médicos de outras especialidades e enfermeiros, com uma atribuição racional de tarefas.
- Faltam infra-estruturas, nomeadamente zonas de internamento e de consulta, bem como uma boa acessibilidade aos exames subsidiários necessários.

27 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Unidades de AVC. Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: DGS, 2001.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Promover estilos de vida saudáveis como forma de prevenção

- Serão implementadas medidas que promovam comportamentos saudáveis de forma a diminuir o risco de doença cardíaca. Assim, medidas que estimulem o exercício físico e o desporto, permitam regular a quantidade de sal nos alimentos comercializados, promovam a educação alimentar, previnam o tabagismo e desenvolvam as consultas de cessação tabágica, são alguns dos exemplos a serem seguidos.
- A sensibilização e formação dos profissionais de saúde e demais actores sociais serão encorajadas paralelamente, como forma de melhorar os níveis de eficácia das intervenções e melhorar a efectividade dos resultados.

Intervir precocemente na populacão com perfil lipídico de risco

- Durante os próximos anos, as intervenções populacionais a nível de sensibilização e informação objectiva devem prevalecer, nomeadamente junto a grupos com hipercolesterolémia e outros factores de risco para a doença cardíaca (tabagismo, hipertensão arterial, sedentarismo).
- A curto e médio prazos, a intervenção junto a indivíduos com doença cardiovascular e com factores de risco presentes deve ser desenvolvida, através dos profissionais de saúde e equipas multidisciplinares, visando melhorar a prática actual. Esta intervenção visa reduzir, a médio prazo, os valores de colesterol médio da população para os recomendados a nível europeu (colesterol total inferior a 190 mg/dl e a fracção LDL inferior a 115 mg/dl).

Melhorar o conhecimento sobre a morbimortalidade

- A monitorização da morbilidade será reforçada pelo apoio ao registo que a Sociedade Portuguesa de Cardiologia desenvolveu, por uma análise mais fina dos dados de mortalidade, possível através da codificação múltipla das causas de morte, e por uma análise anual dos dados sobre morbilidade hospitalar (via GDH) com dados de morbilidade de um âmbito mais alargado.

Optimizar a coordenação das intervencões necessárias

- O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares receberá prioridade absoluta na sua execução prática.
- Sob pena de perda de eficácia, a acção do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares cruzar-se-á com a Rede de Cuidados Continuados, assim como com as Redes de Referenciação Hospitalar, nomeadamente de cardiologia, neurologia[28], medicina física[29] e de reabilitação e urgência/emergência[30].
- A elevada prevalência dos factores de risco associados às doenças do aparelho circulatório, nomeadamente, o tabagismo, a hipertensão arterial, a hipercolesterolémia e o sedentarismo, obriga a que seja dada uma especial atenção à sua prevenção secundária em pacientes portadores dessas doenças.

Revitalizar a transplantacão cardíaca

- No contexto de uma estratégia nacional de transplantação, a transplantação cardíaca será contemplada no que se refere à sua profissionalização e capacitação.

Settings prioritários

- Os *Settings* a privilegiar incluem a família, os locais de lazer, o local de trabalho e as unidades de saúde.

28 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Rede de Referenciação Hospitalar de Neurologia. Lisboa: DGS, 2001.

29 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação (aguarda aprovação).

30 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: DGS, 2001.

Outras doenças cronicodegenerativas

Situação actual

Perda de qualidade de vida associada à asma e outras doenças alérgicas

- A asma é uma das doenças crónicas mais frequentes, afectando um pouco mais de 5% da população adulta do nosso País e cerca de 11% das crianças, estimando-se que existam cerca de 600.000 doentes com esta afecção.
- Existe uma tendência crescente da incidência desta doença, assim como dos seus graus de gravidade.
- A sua prevalência, embora sendo mais elevada na população infantil e juvenil, constitui uma causa frequente de perda de qualidade de vida, assim como de incapacidade para o asmático de todas as idades.
- A asma é, assim, causadora de elevado absentismo escolar e laboral, bem como do recurso inadequado, por parte dos asmáticos, aos serviços de urgência e aos internamentos hospitalares.
- Estando, ainda, numa fase inicial de aplicação, o Programa Nacional de Controlo da Asma[31] inclui as estratégias de actuação a serem implementadas a nível nacional pelos serviços prestadores de cuidados de saúde[32,33,34,35,36], sendo monitorizado por uma Comissão de Coordenação do Programa da Asma.
- De acordo com estudos epidemiológicos actuais, as doenças alérgicas têm vindo a aumentar de forma significativa nas suas diferentes manifestações clínicas, atingindo a asma brônquica, a rinite, a urticária e o eczema atópico uma prevalência que se situa entre os 15 e os 30% da população. Esta prevalência tem duplicado em cada 10 anos. Sendo uma doença sistémica, é frequente envolver diferentes órgãos e manifestações variadas num mesmo doente.
- A Rede de Referenciação Hospitalar de Imunoalergologia[37], recentemente aprovada, vem definir quais os hospitais que devem estar preparados para dar respostas às situações mais complexas desta patologia e as linhas de articulação entre os cuidados primários e os diferentes tipos de hospitais.
- A elevada taxa de letalidade intra-hospitalar observada em alguns hospitais deve ser atacada agressivamente.

Outras doenças das vias respiratórias

- Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde, 15% dos inquiridos que consultou o médico nos últimos três meses fê-lo por queixas respiratórias.
- A doença pulmonar obstrutiva crónica está presente em 7 a 15% dos portugueses, a sua prevalência é crescente e o grau de incapacidades que condiciona é preocupante.
- A pneumonia e a broncopneumonia foram, em 2001, a quinta causa de morte em Portugal. Contrariando uma tendência prévia crescente no número absoluto de mortos por esta causa, os anos de 2000 e de 2001 registaram já um decréscimo acentuado no número de óbitos causados.
- Os internamentos por doença respiratória nos hospitais públicos portugueses subiram, de 1990 a 1998, 54%, particularmente à custa das pneumonias e da doença pulmonar crónica obstrutiva (+53% e + 67% respectivamente).
- Apesar de uma boa cobertura de Unidades e Serviços de Pneumologia a nível nacional, não há qualquer esboço de Rede de Referenciação Hospitalar de Pneumologia.

---

31 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Asma: Programa Nacional de Controlo. Lisboa: DGS, 2000.

32 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Asma: Manual de Boas Práticas. Lisboa: DGS, 2001.

33 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Manual de Ajuda para a Criança com Asma. Lisboa: DGS, 2001.

34 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Manual de Ajuda para o Jovem com Asma. Lisboa: DGS, 2001.

35 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Manual de Ajuda para o Adulto com Asma. Lisboa: DGS, 2001.

36 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Auto-controlo da Asma (CD interactivo) . Lisboa: DGS, 2001.

37 Portugal. Direcção Geral de Saúde. - Rede de Referenciação Hospitalar de Imuno-alergologia. Lisboa: DGS, 2002.

- Há uma deficiente articulação entre a DGS, a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, o Programa Nacional de Controlo da Asma, o Plano Oncológico Nacional, o Programa de Prevenção das Infecções Nosocomiais e os diversos serviços de pneumologia.

As doenças do metabolismo

- As doenças do metabolismo são um problema de saúde pública, pela elevada incidência e prevalência que apresentam actualmente, nomeadamente a diabetes e a obesidade, que merecem uma abordagem particular.
- A patologia tiroidéia é frequente em Portugal e necessita de uma maior atenção na sua prevenção e tratamento. Estudos realizados em países da Europa, com índices sanitários melhores que o nosso, demonstram que a ingestão de iodo na população é considerada baixa e por vezes deficitária, nomeadamente em determinados grupos como as mulheres grávidas.
- O tratamento dos tumores da hipófise encontra-se disperso por múltiplos prestadores de cuidados de saúde, situação que se agrava quando implica intervenção cirúrgica, impossibilitando a especialização, diminuindo a eficácia do tratamento e aumentando os casos de hipopituitarismo, que condicionam a qualidade de vida e aumentam os custos com cuidados de saúde. As terapêuticas para o hipopituarismo não são dispendiosas, excluindo a de substituição com somatotrofina que, apesar disso, não é comparticipada em Portugal, ao contrário do que se verifica em todos os outros países europeus.

Aumento da prevalência de diabetes *mellitus*

- A diabetes *mellitus* é uma das causas de morte que registou dos mais importantes acréscimos na última década.
- Apesar de se manter a tendência de aumento das complicações da diabetes, tem-se observado uma redução no número de episódios de cetoacidose diabética, que poderá começar a significar uma eventual melhoria do autocontrolo da população diabética.
- O Programa de Controlo da Diabetes *mellitus* aglutina o conjunto de orientações estratégicas e intervenções que se propõe em Portugal para controlo da doença.
- Os recursos humanos e organizacionais para uma adequada gestão da doença ainda são escassos.

Informacão deficiente sobre obesidade

- A obesidade é um enorme problema de saúde pública, pela elevada prevalência, cronicidade, morbilidade e mortalidade de que se acompanha, assim como pela dificuldade e complexidade do tratamento.
- Sendo um problema em crescente aumento, estima-se que esse aumento se situe entre os 10% e 15% e a sua prevalência se situe entre os 10% e 25% nos países europeus, prevendo-se que, em Portugal, a prevalência se situe nos 15% para o sexo masculino e nos 16% para o sexo feminino.

Informação deficiente sobre doenças osteoarticulares

- As doenças osteoarticulares, nomeadamente as artroses e a osteoporose, pelo aumento da sua prevalência e pelas incapacidades que geram, merecem a atenção do sistema de saúde.
- Cerca de 12% da população feminina ainda não ouviu falar de osteoporose. O diagnóstico, apesar de tecnicamente fácil, só foi efectuado em cerca de 230.000 mulheres, quando se estima que existam cerca de 500.000 mulheres com esta patologia em Portugal. O tratamento adequado para a osteoporose só é realizado a cerca de 10% das mulheres.
- As doenças articulares, nomeadamente a osteoartrose, a artrite reumatóide e a espondilartrite, constituem uma parte importante das patologias crónicas que afectam a população com mais de 65 anos de idade, embora se iniciem frequentemente em idades jovens.
- As afecções e deformidades musculo-esqueléticas privam muitas crianças de um desenvolvimento físico normal.

- As patologias do aparelho locomotor em geral e as lombalgias em particular são uma causa importante de absentismo laboral, bem como de incapacidade transitória e permanente para o trabalho, tornando-se motivo frequente de consulta médica.
- Também as fracturas osteoporóticas estão a aumentar em todo o mundo, não fugindo Portugal à regra. Esta situação, quando ocorre, aumenta o risco de novas fracturas em 4 vezes e possui taxas de mortalidade de até 20% para aquelas que surgem no colo do fémur.

O grande sofrimento atribuível às doenças neurodegenerativas

- Entre as doenças denominadas neurodegenerativas merecem particular relevância as demências, a doença de Parkinson, a coreia de Huntington, certas ataxias, a esclerose lateral amiotrófica e o defeito cognitivo sem demência.
- É previsível um aumento significativo da prevalência destas doenças, em associação com o prolongamento da esperança média de vida.
- Em Portugal, antecipa-se que venham a existir cerca de 70.000 pacientes com doença de Alzheimer no ano 2010[38].
- Entre 20% e 30% das pessoas com mais de 60 anos têm defeito cognitivo sem demência[39] e procuram auxílio médico. A detecção e seguimento de casos de défice cognitivo ligeiro são já hoje uma prioridade[40]. Estes idosos com defeito cognitivo estão em risco acrescido de desenvolverem demência[41].
- O aparecimento de novos medicamentos sintomáticos e a melhoria dos cuidados gerais de saúde têm contribuído para o aumento da duração dos estádios de doença em que os doentes apresentam maior incapacidade. Este facto implicará um aumento do peso destas doenças nos custos directos e indirectos dos cuidados médicos, mas também aumentará a sobrecarga sobre as famílias e cuidadores. É de notar que os custos com a demência representam a primeira despesa com a saúde, acima dos 65 anos de idade[42]. Além disso estima-se que na UE, só para considerar o domínio das demências, os custos totais com despesas de saúde aumentarão mais de 50% nos próximos 10 anos.
- A história natural destas doenças inclui sempre um período, de duração tendencialmente mais prolongada, de dependência de terceiros. As estratégias familiares para lidar com este estadio da doença são variáveis, globalmente mal conhecidas, havendo a percepção de que implicam, numa grande maioria dos casos, o recurso a estruturas de retaguarda, privadas e sem condições logísticas ou técnicas para acolherem doentes muito dependentes e com necessidades específicas.
- Existe uma grande deficiência de dados epidemiológicos nacionais, nomeadamente referentes a valores de prevalência, incidência, distribuição pelos diferentes estadios de doença, estratégias de recurso a cuidados de saúde e dados sobre custos indirectos para as famílias e serviços de saúde.
- Vários ensaios clínicos testam actualmente a possibilidade de intervenções farmacológicas poderem atrasar a progressão das doenças neurodegenerativas. Estes ensaios têm incidido em especial em idosos com defeito cognitivo sem demência, em doentes com formas iniciais de doença de Parkinson ou de Huntington e ainda em pacientes com esclerose lateral amiotrófica. Se alguns destes medicamentos atrasarem a progressão para a incapacidade, a detecção e tratamento precoce destes pacientes assumirá extraordinária importância num futuro breve. A repercussão que esta terapêutica assumirá

38 Ferreira, J.J.; Sepúlveda, M.R.; Pilão, C.; Pereira, J.A. - Estimation of the prevalence and incidence of Alzheimer's disease in Portugal up to 2010. Eur J Neurol, 6 (Suppl 3) (1999) 69.

39 Ebly, E.M.; Hogan, D.B.; Parhad, I.M. - Cognitive impairment in the nondemented elderly. Arch Neurol, 52 (1995) 612-619;

Ritchie, K.; Artero, S.; Touchon, J. - Classification criteria for mild cognitive impairment - A population-based validation study. Neurology, 56 (2001) 37-42.

40 Petersen, R.C.; Stevens, J.C.; Ganguli, M.; Tangalos, E.G.; Cummings, J.L.,;DeKosky, S.T. - Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Neurology, 56 (2001) 1133-1142.

41 Idem.

42 Meerding, W.J.; Bonneux, L,; Polder, J.J.; Koopmanschap, M.A.; van der Maas, P.J. - Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of ilness study. Br Med J, 317 (1998) 111-115.

em termos de atenuação do sofrimento dos pacientes com doenças degenerativas e suas famílias, e de redução dos custos associados à doença, poderá ser extraordinário.

Aumento da prevalência das doenças oculares com respostas descoordenadas

- Em Portugal, 4.000.000 de pessoas sofrem de doenças oculares, havendo 700.000 que apresentam uma baixa de visão não passível de correcção com lentes; destes, 40.000 são cegos, metade dos quais com uma idade inferior a 65 anos.
- 20% das crianças e metade da população adulta portuguesa sofrem de erros de refracção; mais de 5.000.000 de pessoas usam óculos ou beneficiariam com o seu uso.
- As doenças da córnea, incluindo as da conjuntiva que lhe é adjacente, são responsáveis por cerca de 210.000 casos de diminuição da visão e 1.300 casos de cegueira.
- 60% das pessoas com mais de 60 anos apresentam sinais de catarata (o que equivale a 170.000 pessoas a sofrer de catarata, havendo 35.000 cegos por esta doença).
- Cerca de 100.000 pessoas sofrem de glaucoma em Portugal, havendo 33.000 que apresentam uma cegueira irreversível.
- 35.000 pessoas em Portugal sofrem de baixa de visão relacionada com doenças da retina e coroideia. Uma das suas principais entidades, a degenerescência macular ligada à idade, afecta 5% das pessoas com mais de 45 anos e 10% com mais de 60 anos.
- Dos 500.000 diabéticos existentes em Portugal 15.000 estão em risco de cegueira. No entanto, mais de 1/3 dos diabéticos não são examinados regularmente por um oftalmologista.
- A ambliopia e o estrabismo podem ocorrer separada ou conjuntamente e afectam cerca de 300.000 pessoas em Portugal.
- Cerca de 1/3 de todas as novas cegueiras poderiam ser evitadas se as pessoas tivessem acesso atempado à tecnologia oftalmológica existente no País.
- O número de portugueses que recebem cuidados oftalmológicos tem aumentado progressivamente nos últimos anos. Mas o número de pessoas que necessitam de cuidados oftalmológicos tem aumentado ainda mais.
- Há, no entanto, que:
    - conseguir um melhor aproveitamento dos recursos humanos e técnicos já existentes;
    - oferecer condições apropriadas para o crescimento do que já é excelente;
    - preencher lacunas e diminuir desigualdades através da melhoria do que ainda é deficiente.

Necessidade de uma acção reforçada sobre a saúde oral

- Os ganhos em saúde oral dependem de acções de prevenção primária e da correcção das carências de tratamento das cáries.
- Em Portugal, existe um Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, desde 1986. Após uma redefinição estratégica realizada em 1999[43], passou a designar-se "Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes" e foi revisto em 2003.
- Ao longo destes anos, têm-se verificado ganhos significativos na saúde oral da população infantil e juvenil. No entanto a permanente modificação/renovação das coortes em programa condiciona a manutenção de acções preventivas programadas.
- A prevalência da escovagem bidiária aos seis anos é muito baixa (cerca de um terço dos jovens) e sobe para cerca de metade aos 12 anos. Estes valores são muito insuficientes.
- Em 1999[44], um estudo realizado numa amostra de conveniência, apontava que 19% das crianças de 6 anos e 8% dos jovens de 12 anos apresentam cpod/CPOD igual ou superior a 5, e que estes jovens habitam sobretudo as regiões periurbanas, rurais ou urbanas mais desfavorecidas. De qualquer forma, os valores médios encontrados de CPOD aos 12 anos correspondiam a 1,5. A maior parte das lesões de cárie, segundo o mesmo autor, estão por tratar, quer aos 6 anos (aproximadamente 94%,) quer aos 12 anos (aproximadamente 62%).

43 Circular Normativa n.º 6/DSE de 20/05/99 – Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes.

44 Almeida, C.M. - Um programa de saúde oral para os jovens portugueses : 10 propostas. Port Estomatol Cir Maaxilofac, vol 49 (3) (1999) 171-179.

- Outro estudo de 2000[45], realizado pela DGS, numa amostra representativa da população escolarizada, encontrou valores médios de CPOD aos 12 anos de 2,95, sendo que regiões como o Norte (3,4), Alentejo (5,6) e Açores (4,5) apresentavam os valores mais altos.
- Dispomos hoje de recursos humanos suficientes para prevenir e tratar as doenças orais, e parcerias motivadas para a implementação das acções.
- Dentro dos grupos de maior risco devem ainda destacar-se como particularmente vulneráveis as crianças e jovens com deficiência mental e/ou motora e economicamente débeis, os doentes crónicos e os idosos.

Evolução do conhecimento referente a doenças genéticas

- Na actual fase dos conhecimentos acerca do genoma humano (era pós-genómica) o espectro das doenças genéticas é comprovadamente muito abrangente e compreende, para além das clássicas doenças raras (situações mendelianas e anomalias cromossómicas), também as chamadas doenças comuns da criança e do adulto.
- Em todas estas patologias o papel das técnicas de prevenção e diagnóstico das doenças genéticas é considerado hoje fundamental e, se estas forem adequadamente utilizadas, darão um contributo crescente para a obtenção de importantes ganhos em saúde na numerosa população afectada ou em risco.
- As doenças genéticas raras, causadas por alterações existentes no genoma, são situações crónicas, habitualmente congénitas, que se podem repetir nas famílias e, embora tenham reduzida prevalência no período pós-natal, demonstradamente contribuem para uma importante fatia da morbimortalidade durante os primeiros 18 anos de vida.
- Muitas das situações habitualmente referidas como doenças comuns (cancros, doenças cardiovasculares, diabetes, asma, doenças psiquiátricas, incluindo demências, etc) são doenças genéticas complexas, tendo o genoma dos doentes um papel fundamental, quer no seu aparecimento, quer ainda nas características da sua progressão. Nestas situações, embora a doença se desencadeie por acção de causas externas (incluindo infecciosas), esta só surge em indivíduos / famílias que possuem genes de susceptibilidade, variáveis de doença para doença, de família para família e de população para população. Assim, quando disponíveis, os testes genéticos podem, nas famílias em risco, identificar aqueles membros que, sendo aparentemente saudáveis, devem evitar as causas ambientais desencadeantes da doença. Alguns destes testes preditivos já se realizam hoje em Portugal (por ex, para alguns cancros) e nos próximos anos prevê-se uma verdadeira explosão destes exames em todo o mundo.
- Existe actualmente uma grande fragilidade das estruturas de Genética Médica existentes no País. Os Serviços de Genética actualmente existentes na rede pública para apoio a indivíduos e famílias, em número e distribuição satisfatórios, sofrem de graves carências no referente a pessoal, nomeadamente médico e laboratorial, instalações e equipamento.
- Assiste-se a uma ausência de conhecimentos geradores de boa prática por parte dos restantes profissionais de saúde, incluindo clínicos gerais, e por parte da população.Tal situação tem dificultado uma correcta articulação e colaboração com os cuidados de saúde primários, e muitas situações diagnosticadas ou de risco não são enviadas aos Serviços de Genética ou o seu envio ocorre tardiamente.

Atenção inadequada à doença inflamatória intestinal

- Estima-se que 25.000 portugueses estejam afectados pela colite ulcerosa e doença de Crohn.
- Estas doenças crónicas incapacitantes requerem tratamento não curativo, que é dispendioso e não devidamente contemplado no regime de comparticipações.

Aumento da prevalência da insuficiência renal crónica (IRC)

- Os doentes com insuficiência renal crónica (IRC) rondam os 13.000. Destes, perto de 9.000 encontram-se em hemodiálise ou diálise peritoneal, e cerca de 3.800 estão transplantados com rim funcionante.

45 Portugal. Direcção Geral da Saúde. - Estudo Nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada. Lisboa: Divisão de Saúde Escolar. DGS, 2000.

- O número de doentes cresceu nos dois últimos anos à ordem dos 2.000/ano – uma média de 200/1.000.000 habitantes.
- As taxas de mortalidade por IRC mostram uma tendência decrescente, tanto para homens (2,3/100.000, em 1996, para 1,5/100.000, em 1999) como para mulheres (1,7/100.000, em 1996, para 1,1 por 100.000, em 1999).
- O aumento do número de doentes em diálise, resultado do número de novos casos menos o número de transplantados e falecidos, é relativamente baixo.
- Entre 1996 e 1999, o número de transplantes baixou e o número de mortes não variou muito, estimando-se que o aumento de novos casos tenha sido de cerca de 20% em quatro anos.
- A prestação de cuidados aos doentes com IRC em diálise pode considerar-se boa em termos de qualidade e cobertura nacional, tendo havido uma notável renovação tecnológica e de instalações nos últimos anos, sobretudo por parte das unidades privadas. O impasse que se tem mantido relativamente ao licenciamento e à convenção de novas unidades e que impediu a abertura de várias delas, aptas a funcionar, levou a uma retracção na construção ou remodelação de instalações em locais onde é urgente a sua instalação. Persistem, no entanto, problemas, reflectidos recentemente no Relatório da Inspecção Geral da Saúde, acerca das Unidades Públicas de Diálise.
- Existem Unidades Pediátricas específicas para diálise apenas no Hospital de Santa Maria e de D. Estefânia, em Lisboa, e no Hospital de D. Maria Pia, no Porto, este com muitas limitações em termos de infra-estruturas.
- Os hospitais estatais respondem hoje apenas a menos de 5% das necessidades nesta área, e dois grupos estrangeiros detêm perto de 90% dos postos de hemodiálise.
- Embora Portugal ocupe o terceiro ou quarto lugar europeu em termos de transplantes efectuados e taxas de êxito alcançados, o número de transplantes renais efectuados anualmente no nosso País – em média, cerca de 380 – é ainda insuficiente e faz com que a lista de espera continue a aumentar, de ano para ano (cerca de 2.500 em finais de 2002). O tempo médio de espera para um transplante é de dois anos.
- A distribuição do lote de medicamentos destinados aos doentes com IRC, abrangidos por Despacho específico[46], sendo feita exclusivamente nas farmácias hospitalares, impede que muitos doentes com IRC a eles tenham acesso por dificuldades de deslocação. Existem hospitais que nunca têm *stocks* suficientes, enquanto outros só distribuem esses medicamentos durante duas horas por dia.
- É a construção e reparação dos acessos vasculares que constitui a maior dificuldade à melhoria da qualidade de vida dos doentes com IRC. O empenho dos hospitais de referência que têm a responsabilidade de garantir a execução deste serviço não tem sido suficiente, pelo que se considera urgente a reformulação do Despacho[47] que lhes confere essa competência.

<u>Persistência do problema das hemoglobinopatias em associação com a imigração</u>

- As hemoglobinopatias têm sido áreas de estudo que têm merecido a atenção da DGS/INSA/OMS desde há anos, designadamente no que respeita às talassémias e drepanocitose. Conhecem-se focos e áreas de maior prevalência. A este propósito, considera-se que o problema representado pelas talassémias está controlado, o mesmo não podendo dizer-se da drepanocitose (agravado por imigrantes oriundos da costa ocidental de África, especialmente de Angola e São Tomé).

46 Despacho n.º 3/91, de 8 de Fevereiro publicado em DR, 2.ª série, n.º 64, de 18 de Março de 1991 – Estabelece o Acesso aos medicamentos pelos doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais e Portaria 743/93 de 16 de Agosto – Estabelece grupos e subgrupos fármaco-terapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação.

47 Despacho 7376/2000 de 5 de Abril – Cria condições de acessibilidade à implementação de acessos vasculares no tratamento dos insuficientes renais crónicos.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Promover uma acção concertada contra a asma e outras doenças alérgicas

- O Programa Nacional de Controlo da Asma requer o reforço das parcerias criadas no seu âmbito, bem como o seu alargamento a outros sectores da sociedade, nomeadamente àqueles cuja influência directa nos factores desencadeantes de crises de asma é determinante para a obtenção de ganhos em saúde nesta área, como as iniciativas no âmbito dos ambientes saudáveis, em geral, e da saúde escolar, em particular.
- De acordo com as indicações da Rede de Referenciação Hospitalar em Imunoalergologia, os Serviços de Imunologia terão de dispor de um quadro hospitalar capaz de dar resposta a uma procura actual muito intensa e que se perspectiva venha a crescer nos próximos anos. A médio e longo prazo, serão necessários investimentos em formação de novos especialistas e aperfeiçoamento da articulação com os Cuidados de Saúde Primários.

Elaborar um programa nacional de prevenção e controlo das doenças pulmonares obstrutivas crónicas

- Será contemplada a criação de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas e melhorada a assistência às doenças respiratórias em geral.
- Será desenvolvida um Rede de Referenciação Hospitalar de Pneumologia.

As doenças do metabolismo

- Será estabelecida uma Rede de Referenciação de Endocrinologia, na qual haja a presença de um endocrinologista, pelo menos, em hospitais de nível 3 e 4, devido ao aumento da incidência e da prevalência das doenças associadas a esta especialidade.
- Deverão ser priorizadas acções de informação e prevenção da patologia tiroidéia. A ingestão de iodo na população deverá ser reavaliada e, se necessário, deverá ser criada legislação que permita garantir que os níveis de ingestão necessários ocorram.
- O tratamento dos tumores da hipófise deve ser centralizado em 2 a 5 centros no país, e as terapêuticas de substituição com somatotrofina para o hipopituarismo deverá ser comparticipada, já que é a mais dispendiosa para os doentes. A longo prazo, deverão ser monitoradas as taxas de cura de adenomas da hipófise e a qualidade de vida dos doentes, através de indicadores específicos.
- Deverá ser dada atenção específica a prevenção e controlo da diabetes e da obesidade.

Reforçar o programa nacional de controlo da diabetes *mellitus*

- Serão mantidos os esforços de implementação do Programa de Controlo da Diabetes *mellitus*, nomeadamente, consolidando: a identificação sistemática de diabéticos, com atribuição do Guia do Diabético; a educação terapêutica aos diabéticos identificados, com forte implicação das associações de diabéticos e da Sociedade Portuguesa de Diabetologia; a extensão a todo o território nacional do diagnóstico e tratamento sistemáticos da retinopatia diabética; o rastreio sistemático do "pé diabético"[48]; o rastreio sistemático da microalbuminúria[49].
- Deve continuar a ser desenvolvida a aplicação dos novos critérios de classificação e de diagnóstico da diabetes, com base em consensos internacionais e no aval científico da Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Será finalizada e submetida a aprovação a Rede de Referenciação de Endocrinologia, a fim de ser operacionalizada.

Melhorar a informação e a acção sobre a obesidade

- Deverá ser adoptada uma abordagem de promoção da saúde e preventiva do excesso de peso e obesidade, de âmbito intersectorial, nomeadamente entre os sectores da saúde, social, alimentar, educacional e cultural, como também preparar medidas compreensivas de prevenção e gestão contra a obesidade da mesma.

48 Circular normativa n.º 8/DGCG de 24/04/01- Pé Diabético.

49 Circular normativa n.º 13/DGCG de 7/09/01 - Diagnóstico Sistemático da nefropatia Diabética.

- Dado que a obesidade se encontra intimamente ligada a outras doenças, como a diabetes, as doenças cardiovasculares e as osteoarticulares, é necessário não apenas uma abordagem preventiva, mas também uma intervenção curativa e de gestão da doença e da obesidade através de um programa específico para o efeito.
- Neste sentido, será criado em parceria com as sociedades científicas, no âmbito da DGS, um grupo de peritos com a missão de elaborar uma proposta de programa nacional, com linhas estratégicas de combate à obesidade.

Definir um modelo de intervenção contra as doenças osteoarticulares

- A Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia será finalizada e submetida a aprovação, a fim de ser operacionalizada [50].
- Será elaborada uma proposta de Programa Nacional de Controlo das Doenças Reumáticas, a ser submetido ao aval das sociedades científicas e a posterior aprovação ministerial.
- Deverão ser priorizadas acções para prevenção e rastreio da osteoporose, dirigidas particularmente às mulheres, de modo a que se consiga diagnosticar um maior número de casos precocemente.
- O tratamento adequado para a osteoporose deverá atingir 50% das mulheres diagnosticadas nos próximos anos.
- Deverá, para tal, sensibilizar-se os profissionais de saúde, nomeadamente dos CSP, para esta problemática e para a necessidade de intervenção precoce.

Detectar, diagnosticar e acompanhar a globalidade dos pacientes com doencas neurodegenerativas

- Para tal, serão apoiadas as seguintes intervenções:
    - estímulos à condução de estudos epidemiológicos de base populacional, destinados a facultarem um conhecimento objectivo sobre estas patologias;
    - definição de normas de orientação actualizáveis, referentes ao diagnóstico, recomendação de locais de acompanhamento preferencial, em função do estadio da doença, problemas associados e estratégias terapêuticas recomendadas de acordo com a evidência científica disponível (cuidados de saúde primários vs. centros terciários vs. cuidados continuados);
    - condução de acções de formação no âmbito dos cuidados de saúde primários;
    - promoção de acções de formação, destinada preferencialmente a cuidadores, familiares e profissionais de instituições de apoio (por ex. lares);
    - optimização da rede de estruturas de cuidados continuados e de referenciação já existentes;
    - apoio a centros de referência (hospitalares e instituições de investigação biomédica) nestas áreas, susceptíveis de dar resposta a problemas complexos de diagnóstico e terapêutica, com desenvolvimento indispensável de uma perspectiva de investigação científica. Este apoio deve ser baseado num princípio de complementaridade de recursos e pré-definição do número de estruturas a implementar/apoiar, em função de uma estimativa de necessidades. Poder-se-ão mencionar laboratórios de técnicas neuroquímicas, laboratórios de electrofisiologia, centros de investigação clínica, laboratórios de neuro-imagem, laboratórios de neurologia das funções cognitivas e do comportamento, centros para realização de tratamentos com toxina botulínica, centros de investigação e acompanhamento de pacientes com doenças neurodegenerativas de transmissão genética, centro(s) para realização de cirurgia na doença de Parkinson, entre outros;
    - facilitação da permanência do doente com incapacidade no domicílio, através do reconhecimento legal da figura do cuidador.

Definir um programa nacional para a saúde da visão

- A prevenção primária e a redução de risco, o rastreio e a detecção precoces, anteriores à manifestação dos primeiros sintomas, bem como a existência de cuidados de saúde

50 Portugal. Direcção Geral da Saúde. - Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia (aguarda aprovação).

oftalmológicos eficazes e de qualidade, incluindo o acesso a terapêuticas cirúrgicas e a readaptação visual, constituem as medidas eficazes e determinantes na redução das taxas de incidência e morbilidade das doenças da visão.

- Será criado um programa nacional que permita uma acção concertada nos diferentes níveis de cuidados, para que, num futuro próximo, se possam corrigir as deficiências organizacionais e se possa traduzir o elevado nível da prática oftalmológica em ganhos concretos de saúde.
- Será clarificada, a nível nacional, a distribuição geográfica, o número de unidades de assistência oftalmológica nos hospitais de nível central, regional e local e definido e caracterizado o nível de competência das diversas unidades assistenciais, assim como os critérios de referenciação entre os diferentes níveis de cuidados.
- Serão consensualizados e implementados programas de rastreio visual na infância e no adulto.

Estruturar e normalizar as intervenções sobre a saúde oral

- É de destacar que a estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o CPOD não ultrapasse o valor de 1,5[51].
- As intervenções contemplarão a revisão da estrutura organizacional, acções de diagnóstico e promoção da saúde oral, acções de formação e intervenções terapêuticas condicionadas às necessidades dos grupos alvo.
- A estrutura de planificação das acções de promoção, prevenção e tratamento em saúde oral, da DGS, trabalhará em estreita cooperação com todas as outras áreas da saúde, eventualmente apoiada por um centro de investigação.
- O Programa abrangerá as grávidas e as crianças desde o nascimento até aos 16 anos de idade, ao longo das fases do ciclo de vida, e dará especial atenção às crianças com necessidades de saúde especiais.
- Irá igualmente actuar em '*settings*' específicos como a casa, a creche, o jardim-de-infância e a escola. As acções definidas neste Programa são integradas nas acções de promoção global da saúde desenvolvidas pelas equipas de Saúde Escolar e deverão ser estendidas a totalidade dos jardins de infância públicos até 2006.
- Complementarmente estas acções serão estendidas às consultas de Saúde Materna e Saúde Infantil até 2010.
- Dada a importância dos fluoretos na prevenção da cárie, apoiar-se-á publicamente a concretização da escovagem dos dentes nos próprios jardins-de-infância e escolas do 1º ciclo, e promover-se-á a distribuição de pastas e escovas de dentes
- As acções de diagnóstico de doenças orais das crianças e jovens escolarizados, resultarão na identificação dos grupos de maior prevalência de cárie e no reforço das acções preventivas e resultarão na constituição de uma base de dados informatizada, abrangendo todos os jovens em idade escolar, no prazo de 10 anos.
- Será programada a inclusão de todos os jovens no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, e, em função das necessidades de tratamento, reforçada a contratualização com estomatologistas ou médicos dentistas, dando especial atenção às crianças com deficiência ou economicamente débeis. O seu desenvolvimento será feito gradualmente, a começar pelos mais jovens, visando integrar todos aqueles com idade inferior aos 18 anos até 2010.
- Para além das acções de formação em serviço aos intervenientes directos na saúde oral (médicos de família e de saúde pública, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas e higienistas orais), deverá ser também efectuada formação pré-graduada em saúde oral aos enfermeiros das Escolas Superiores de Enfermagem, educadores de infância das Escolas Superiores de Educação e professores do ensino básico, dos Institutos Politécnicos, promovendo-se a sua introdução nos currículos obrigatórios.
- Haverá eventual criação de clínicas de referência para deficientes, devidamente subsidiadas, eventualmente nas faculdades ou institutos de medicina dentária que apresentem melhores condições.

51 WHO - Health 21 - Health for all in the 21st century: 'Target 8 – Reducing noncommunicable diseases'. Copenhagen: WHO, 1999.

- Será estabelecido um sistema de garantia de qualidade de cuidados de saúde oral, com controlo de qualidade dos prestadores.
- Será efectuado um Estudo Nacional de Saúde Oral, de 5 em 5 anos.
- Apoiar-se-ão iniciativas autárquicas de promoção da saúde oral realizadas no âmbito do programa e desenvolvidas em parceria com as estruturas locais ou regionais de saúde.
- Será introduzido, até 2010, dentro da estrutura das cinco ARS, um responsável pela saúde oral, designado eventualmente por coordenador regional de saúde oral, que deverá apresentar um perfil profissional com formação pós-graduada adequada às funções e licenciatura em medicina, medicina dentária, enfermagem ou higiene oral.
- Serão abertos aos médicos dentistas os quadros dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Definir uma estratégia nacional de abordagem às doenças genéticas

- Serão definidas, a nível nacional, as principais linhas estratégicas de actuação nos serviços de saúde, que permitam vir a colmatar as lacunas actualmente existentes na prestação de serviços de genética humana, com o desenvolvimento e articulação harmoniosos de estruturas adequadas para a prática clínica, desde a prevenção e aconselhamento, passando pelo diagnóstico clínico e laboratorial, e indo até à decisão, orientação e acompanhamento terapêuticos. Será elaborada, submetida a aprovação, e então implementada, uma proposta de Rede de Referenciação de Genética Médica.
- Assegurar-se-ão as condições adequadas (incluindo aumento do número de técnicos e técnicos superiores de genética) para a realização dos exames laboratoriais de genética (citogenética e genética molecular) nos Serviços de Genética Médica, de acordo com as recomendações internacionais (incluindo OMS) e ainda se promoverá a criação de condições para a obrigatória acreditação de laboratórios de genética (públicos e privados) e, em particular, os que se dedicam à realização de técnicas laboratoriais na área do Diagnóstico Pré-natal.
- Irão ser alargadas, de forma criteriosa, as patologias cujos exames de genética molecular deverão ser realizados em Portugal, de modo a que se recorra com menor frequência aos onerosos exames realizados no estrangeiro, e sempre que a relativa prevalência ou a simplicidade da realização dos estudos de genética molecular o aconselhar.
- De acordo com o avanço actual dos conhecimentos de genética humana e suas consequências, e cumprindo insistentes recomendações internacionais, irá ser criada regulamentação adequada para a colheita, manutenção e registo de dados genéticos em indivíduos e populações (rastreios).
- Avaliar-se-ão, com rigor e de forma concertada, as situações em que a eficácia do apoio terapêutico justificar o apoio financeiro total ou parcial do Estado e criar-se-ão condições para que este apoio, sempre que se justifique, seja oferecido de forma generalizada, de modo a impedir algumas iniquidades nacionais ou regionais actualmente existentes.

Proceder à revisão do regime de comparticipação de medicamentos da doença inflamatória intestinal

- Será revisto e adequado o regime de comparticipações do estado nos medicamentos e suplementos nutricionais necessários às terapêuticas das doenças inflamatórias intestinais.

Melhorar a qualidade dos cuidados da insuficiência renal crónica

- Serão tomadas iniciativas no sentido de:
    - regulamentar a instalação de novas unidades, consoante as necessidades,
    - sujeitar as unidades pertencentes ao sector privado não lucrativo às regras de licenciamento, como medida importante para a garantia da qualidade dos serviços;
    - fiscalizar as unidades do sector público, no sentido do cumprimento das normas estabelecidas para o sector privado. Neste sentido, o cumprimento da legislação

em vigor, nomeadamente, o Manual de Boas Práticas[52] e o funcionamento das Comissões de Verificação Técnica, nas ARS Norte e Centro, garantem a melhoria da qualidade dos serviços de hemodiálise;
- implementar a Rede de Referenciação Hospitalar de Nefrologia;
- reformular o Despacho[53] que confere aos hospitais de referência a responsabilidade de garantir a construção e reparação dos acessos vasculares, que constitui a maior dificuldade à melhoria da qualidade de vida dos IRC;
- reformular o Despacho[54] sobre a comparticipação dos medicamentos a 100% a todas as Farmácias;
- considerar a possibilidade de comparticipação de suplementos alimentares para crianças doentes renais.

Intensificar actividades de controlo das hemoglobinopatias em distritos com alta prevalência
- Serão intensificados os trabalhos de controlo, em particular nos distritos de alta prevalência, sobretudo no que se refere à drepanocitose.

Settings prioritários
- Devido à abrangência das doenças e enfermidades contempladas nesta secção, os *Settings* para intervenção terão que ser definidos doença a doença.

Saúde mental e doenças psiquiátricas

Situação actual

Informacão limitada sobre doencas mentais
- Estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados de morbilidade psiquiátrica, de abrangência nacional, que permitam uma melhor caracterização do País.
- Realizou-se, em 2001, o terceiro censo psiquiátrico, em todas as instituições públicas e privadas no Continente e Regiões Autónomas, apontando os seus resultados para uma predominância de depressões na consulta externa, de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência e de esquizofrenia no internamento.

Depressão
- A depressão pode atingir cerca de 20% da população, tendendo a aumentar, e é a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças, nos países desenvolvidos. Em conjunto com a esquizofrenia, é responsável por 60% dos suicídios.

Suicídio
- Apesar das taxas baixas de suicídio, particularmente na população de idade inferior a 65 anos, em Portugal existem números elevados quando se combinam suicídio e causas de morte violenta e indeterminada.
- O Alentejo tem as taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas nos últimos 10 anos, só tendo sido ultrapassado pelo Algarve nos anos de 1990, 1992 e 1994, sendo a população masculina com idade superior a 75 anos a que mais se suicida.
- Estima-se que para cada suicídio consumado existam 40 para-suicídios, se nos reportarmos exclusivamente aos casos observados nos serviços de urgência.

---

52 Despacho n.º 8835/2001, de 27 de Abril – Aprova, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 217/99, de 15 de Junho, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 534/99, de 11 de Dezembro, que estabelece o regime jurídico do licenciamento e fiscalização dos laboratórios de análises clínicas, o Manual de Boas Práticas Laboratoriais.

53 Despacho n.º 7376/2000, de 5 de Abril – Cria condições de acessibilidade à implementação de acessos vasculares no tratamento dos insuficientes renais crónicos.

54 Despacho n.º 3/91, publicado em DR, 2.ª série, n.º 64, de 18 de Março de 1991 – Estabelece o Acesso aos medicamentos pelos doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais.

- Actualmente, a tendência da mortalidade por suicídio e ferimentos auto-infligidos parece ser decrescente.

Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas

- No Censo Psiquiátrico de 2001, as esquizofrenias foram, no conjunto dos internamentos, das consultas e das urgências, as patologias mais frequentes (21,2%), sendo a principal causa de internamento (36,2%) e a terceira nas consultas (12,4%).
- A demora média dos internamentos com diagnóstico de esquizofrenia, segundo os GDH referentes a departamentos e serviços de psiquiatria, foi, no ano de 2002, de 35,4 dias (sendo a demora média global dos internamentos psiquiátricos de 20,0 dias).

Prevalência elevada de stress

- Não existem dados nacionais que nos permitam avaliar directamente a dimensão deste problema.
- Relativamente ao resto da Europa, em Portugal, as mulheres consomem três vezes mais medicamentos indutores do sono.
- Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 1998-1999[55], 7% dos homens e 18% das mulheres (15 anos ou mais) referiram ter tomado medicamentos para dormir, nas duas semanas anteriores à inquirição. Esta proporção aumenta de 14%, no grupo dos 45-54 anos de idade, para 28% no dos 85 anos ou mais.
- Relativamente à perturbação de stress pós-traumático (*PTSD*), segundo um estudo recentemente realizado, numa amostra representativa da população portuguesa com idade igual ou superior a 18 anos, havia uma taxa de prevalência de 7,9%, sendo a relacionada com situação de guerra de 0.8%[56].

Inadequacão dos cuidados às criancas e aos adolescentes

- As perturbações emocionais e comportamentais das crianças e dos adolescentes têm uma prevalência elevada, entre 15 a 20%, segundo estudos internacionais.
- Estas perturbações conduzem a comportamentos de risco - absentismo escolar, uso de álcool e drogas, actos suicidários e comportamentos delinquentes - e causam incapacidades, tais como, atrasos e perturbações do desenvolvimento, défices cognitivos e psicossociais.
- Estes problemas tendem a manter-se e a agravar-se na idade adulta.
- A resposta que os serviços públicos têm sido capazes de dar, com os limitadíssimos recursos de que dispõem, é insuficiente e, por vezes, desajustada às necessidades.

Inadequação dos cuidados disponíveis para as pessoas idosas

- Não se conhecem com rigor as necessidades reais dos idosos na comunidade.
- Existe uma resposta insuficiente dos serviços face ao aumento da população idosa e dos cuidados que a mesma requer, de forma a integrar os aspectos biopsicossociais numa abordagem global.
- Não existe reconhecimento ou incentivo à formação dos profissionais de saúde nem formação ou informação adequada a familiares e/ou prestadores informais de cuidados.
- O censo psiquiátrico de Novembro de 2001 revelou nos idosos uma predominância de casos de depressão na consulta externa e na urgência; de síndromes demenciais na consulta, urgência e internamento; de esquizofrenia e oligofrenias no internamento; de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência.

Insuficiência de cuidados para as pessoas doentes em situação de exclusão social

- Há situações de exclusão social que resultam de doenças psiquiátricas, bem como do consumo excessivo e/ou dependência de álcool e drogas, nomeadamente nos sem-abrigo, grupo em que a prevalência de perturbações psiquiátricas (incluindo abuso e/ou dependência de álcool e drogas) é superior a 90%. Estes doentes acorrem pouco aos

55 Portugal. INSA. - Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: INSA, 2001.

56 Avaliação da taxa de ocorrência de PTSD na população adulta portuguesa (Afonso de Albuquerque et al), 2002.

serviços de saúde que, por sua vez, têm uma capacidade reduzida para ir ao encontro das pessoas excluídas.

Abuso e dependência de álcool

- As estimativas apontam para a existência de, pelo menos, 580.000 doentes alcoólicos (síndrome de dependência de álcool) e 750.000 bebedores excessivos (síndrome de abuso de álcool), em Portugal [57].
- Há comorbilidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente perturbações depressivas, perturbações da ansiedade, esquizofrenia e perturbações da personalidade, entre múltiplos outros. Existe também comorbilidade de consumo de álcool e consumo de outras substâncias, tais como benzodiazepinas e substâncias ilícitas, quer na doença actual, quer nos antecedentes pessoais dos indivíduos afectados.
- Desde os finais dos anos 80, existem três Centros Regionais de Alcoologia autónomos (Norte, Centro e Sul) que funcionam em articulação com os cuidados de saúde primários e os serviços de saúde mental[58].
- Se, por um lado, a dimensão da tarefa atribuída a estas estruturas centralizadas é grande, por outro, a resposta destes serviços ao tratamento do abuso e dependência de álcool é ainda incipiente e desadequada para o peso da doença em causa.
- Se se comparar a dimensão das estruturas existentes para o tratamento do abuso e dependência de álcool com as existentes para o abuso e dependência de drogas ilegais, pode-se perceber a desproporção de meios para o tratamento do abuso e dependência do álcool: por um lado, as estimativas do número de toxicodependentes parecem variar entre 70.000 e 100.000[59], ou seja, esta população será cerca de 8 vezes menor do que a de alcoólicos estimada, por outro, existem mais de cinquenta centros de atendimento de toxicodependentes a nível nacional, disponibilizando-se uma cama para cada 100.000 habitantes, a nível de desintoxicação, e um lugar de tratamento para cada 10.000 habitantes, a nível de tratamento e reabilitação de toxicodependência[60], características de uma rede de atendimento e tratamento muito superior à de Alcoologia existente.

Prestacão de cuidados

- A assistência psiquiátrica centra-se nos Serviços de Saúde Mental (SSM), predominantemente em hospitais gerais, em serviços regionais para valências específicas e nos hospitais psiquiátricos, que asseguram, a par de cuidados de nível local, a assistência aos doentes de evolução prolongada aí institucionalizados, a maioria dos quais (cerca de 70%) com esquizofrenia.
- Relativamente aos internamentos de psiquiatria em hospitais gerais, nos últimos cinco anos, verificou-se uma diminuição da demora média em todos os grupos de diagnóstico, embora haja um número de doentes, sobretudo com perturbações psicóticas, com dificuldade em serem reintegrados na sua comunidade.
- Existem doentes em risco de institucionalização, devido ao facto das medidas e recursos para uma alternativa à hospitalização serem ainda insuficientes. No entanto, tem havido uma redução gradual dos doentes institucionalizados nos hospitais psiquiátricos.
- Foi publicada, em Abril de 2001, a Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental (presentemente em fase de revisão e actualização), que caracteriza os problemas actuais dos serviços e os desenvolvimentos previstos até 2006 (alguns dos quais já concretizados), racionalizando questões de acesso e relações de complementaridade.

---

57 Gameiro, J. cit. por Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação: relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2002.

58 Portugal, Decreto-Lei n.º 318/2000 de 14 de Dezembro. Ministério da Saúde, 2000.

59 OEDT - Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega. - 2002. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência, 2002.

60 Lei nº 7/97, de 8 de Março, in SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência. Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, Ministério da Saúde, 2001.

- Observa-se uma insuficiência de cuidados de reabilitação nos serviços locais de saúde mental, nomeadamente de unidades de reabilitação para aquisição de competências, programas psico-educacionais para doentes e familiares, unidades de vida para doentes crónicos mais dependentes e serviços de apoio domiciliário.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Desenvolver uma abordagem abrangente em saúde mental

- A saúde mental percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, sendo fundamental a articulação dentro da saúde, em particular com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o envolvimento com outros sectores e áreas, nomeadamente a Educação, a Segurança Social, o Trabalho, a Justiça, a Defesa, o Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil, as Autarquias, as ONG e a comunicação social. É de realçar o papel a desempenhar pelos Conselhos Regionais de Saúde Mental e, num contexto mais lato, pelo Conselho Nacional de Saúde Mental. O Plano Nacional de Saúde Mental encontra-se em fase de elaboração na DGS.
- A sensibilização, a disponibilização de informação útil à sociedade em geral e a formação dos profissionais da área da saúde e dos outros sectores envolvidos, de forma que possam actuar na promoção da Saúde Mental e da detecção precoce dos casos de doença existentes na comunidade, será apoiada visto ser essencial para se alcançarem os ganhos de saúde desejados nesta área.

Melhorar a informação sobre doenças mentais

- Serão definidos indicadores, será elaborado um glossário e será implementado um sistema de informação de saúde mental e doenças psiquiátricas.
- Apostar-se-á na melhoria da informação referida nas certidões de óbito, para uma quantificação mais rigorosa do suicídio.
- Como investigação prioritária, será executado o 1.º Estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica na Comunidade.

Incentivar acções de luta contra a depressão e melhorar a capacidade de intervenção para prevenir o suicídio

- No contexto do Plano Nacional de Saúde Mental, será elaborado um Programa Nacional de Luta contra a Depressão.
- Será apoiado o desenvolvimento de Telefones SOS de suicídio e isolamento social.

Melhorar as respostas disponíveis para a Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas

- Estas doenças de evolução crónica com episódios agudos exigem respostas diversificadas, nomeadamente de diagnóstico e intervenção precoces, de reabilitação psiquiátrica e de unidades especializadas.

Desenvolver uma abordagem abrangente do *stress*

- Continuará a contribuir-se, em parceria com a Defesa e outros sectores relevantes, para a implementação da rede nacional de apoio aos militares e ex-militares portadores de perturbação *stress pós*-traumático.
- Criar-se-ão equipas de Intervenção na Crise e Psiquiatria de Catástrofe.
- Criar-se-á um programa dirigido às situações traumáticas e pessoas em risco de desenvolverem a perturbação *stress* pós-traumático.
- Contribuir-se-á, no âmbito da saúde mental e do *stress*, para o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.
- Será constituído um grupo de peritos para elaborar uma proposta de linhas estratégicas nacionais no âmbito da gestão do *stress.*

Proceder à adequação dos cuidados prestados às crianças e aos adolescentes

- A saúde mental das crianças e dos adolescentes será reconhecida como prioritária no âmbito da saúde global da população portuguesa.
- Promover-se-á a Saúde Mental Infanto-juvenil junto da população geral.

- Implementar-se-á os mecanismos necessários ao desenvolvimento dos vários níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, incluindo a rede dos cuidados continuados, para esta população.
- Diagnosticar-se-á a morbilidade psiquiátrica nacional na população infanto-juvenil.
- Criar-se-ão novos serviços/unidades de saúde mental da infância e adolescência e desenvolver-se-ão os existentes, provendo-os dos recursos humanos necessários ao seu funcionamento, assim como se reorganizará a estruturação da prestação de cuidados de acordo com a legislação em vigor.
- Articular-se-ão os serviços de saúde mental da infância e adolescência, nomeadamente com serviços de psiquiatria de adultos, pediatria, cuidados de saúde primários e outras estruturas comunitárias, serviços de educação, segurança social e serviços de protecção a crianças e jovens.
- Investir-se-á na formação em saúde mental da infância e da adolescência nas áreas da saúde (medicina, enfermagem, serviço social, psicossocial), bem como nas áreas da educação e da justiça, a nível pré e pós graduado.
- Capacitar-se-ão os profissionais dos cuidados de saúde primários na área da saúde mental da infância e da adolescência.

Adequar os cuidados prestados às pessoas idosas

- No ano de 2003, foi realizado um inquérito que teve como objectivo avaliar os cuidados de saúde mental prestados à população idosa (>65anos) pelos serviços de psiquiatria das instituições hospitalares públicas (hospitais psiquiátricos e departamentos e serviços em hospitais gerais; n=25).
- Este inquérito revelou que apenas 28% das instituições públicas de saúde mental desenvolvem, pelo menos, duas das três principais áreas de actuação na prática da psicogeriatria (programas na área da saúde mental do idoso, internamento específico em unidades de psicogeriatria e/ou programas/acções de formação sobre a saúde mental do idoso).
- Está em actividade um grupo de trabalho na DGS sobre saúde mental no envelhecimento e idosos, para estudar e propor medidas de promoção e nos diferentes níveis de prevenção, além do incremento na investigação e formação nesta área.
- A rede de cuidados continuados em saúde contemplará respostas a esta população, nomeadamente com cuidados comunitários (por ex., domiciliários).

Melhorar os cuidados prestados aos doentes em situação de exclusão social

- Através de um conjunto amplo e diversificado de serviços, capaz de responder às múltiplas necessidades dos excluídos doentes, nomeadamente dos sem-abrigo.

Intervir no abuso e dependência de álcool

- A prestação de cuidados ao abuso e dependência de álcool será assegurada por uma rede alcoológica nacional, tendo por base os Centros Regionais de Alcoologia (CRA) e os serviços locais de saúde mental, em articulação com os cuidados de saúde primários e os hospitais gerais.
- A possibilidade de se envolverem as unidades de prevenção e de atendimento e tratamento do IDT nesta rede deve ser tida em conta para uma melhor utilização dos serviços disponíveis e efectividade das intervenções existentes.
- Da mesma forma, as instituições privadas, mediante convenções ou protocolos de colaboração e financiamento de lugares de tratamento, deverão ser envolvidas, para uma resposta mais abrangente, efectiva e descentralizada às necessidades existentes na população portuguesa, tendo em conta a dimensão da população a ser assistida e a continuidade dos cuidados a serem prestados.
- O desenvolvimento desta rede de cuidados implicará um esforço no âmbito da informação, desenvolvimento de recursos didácticos e formação especializada dos profissionais envolvidos, bem como a adaptação dos serviços e adequação dos cuidados prestados a esta população.

Apostar na melhoria continuada do acesso e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes mentais

- Continuarão a ser progressivamente abertos departamentos e serviços de psiquiatria e criados serviços e unidades de psiquiatria da infância e da adolescência nos hospitais gerais.
- Está a ser revista e actualizada a Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental.
- Serão redefinidas as competências dos hospitais psiquiátricos.
- Serão criados serviços ou centros especializados regionais, tais como serviços para doentes difíceis, nomeadamente com perturbações de personalidade ou perturbações psicóticas e Centros Regionais de Psiquiatria Forense.
- Será efectuada uma reorganização do sistema de perícias médico-legais.
- Será organizada e expandida a psiquiatria de ligação, nos três níveis de prevenção, quer com os cuidados hospitalares, quer com os cuidados de saúde primários.
- A intervenção em crise, próxima da comunidade e atempada, feita por de equipas preparadas para o efeito, contemplando as urgências psiquiátricas dos hospitais e evitando internamentos, deverá ser privilegiada.
- Investir-se-á na articulação com o IDT para maior rentabilização dos recursos e respostas mais apropriadas, nomeadamente nos casos de co-morbilidade.
- Alargar-se-á a cooperação com o sector social, para encontrar respostas adequadas às necessidades dos doentes mentais.
- Desenvolver-se-ão respostas de reabilitação psicossocial, no âmbito dos cuidados continuados.
- Encontra-se em preparação o diploma legislativo para a gestão do património de doentes mentais institucionalizados.
- Investir-se-á na promoção dos direitos humanos das pessoas com doença mental e na implementação de medidas contra o estigma.

Settings prioritários

- O *settings* a ser priorizados na área dos serviços de saúde dizem respeito a rede de cuidados de saúde primários, hospitais gerais, CAT e cuidados continuados através da sensibilização e formação dos seus profissionais, de acordo com as especificidades das populações-alvo envolvidas.
- Desenvolver-se-ão protocolos de cooperação para a actuação junto de crianças e jovens, nos *settings* escolares, com o Ministério da Educação, e nas situações previstas com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (Ministério da Justiça/Ministério da Segurança Social e Trabalho), sendo áreas de intervenção interdisciplinar.
- Outros *settings* prioritários incluem as famílias e a comunidade em geral, com vista a maior capacidade de identificação e abordagem aos problemas de saúde mental existentes no seu seio.
- Desenvolver-se-á um protocolo de cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Justiça, que permita fornecer cuidados de saúde dignos e de qualidade à população prisional.

Dor

Situação actual

Informacão deficiente sobre a dor

- A dor, tradicionalmente negligenciada na nossa sociedade, tem sido subdiagnosticada e subtratada nos serviços de saúde.
- Pela sua frequência, elevado potencial para causar sofrimento e gerar incapacidades, pela abstenção laboral que provoca e, ainda, por estar cientificamente provado ser tratável em mais de 90% das situações, a dor, seja de causa oncológica, reumatológica, de sida, ou outra, constitui um importante problema de saúde pública que urge combater.
- Não existe informação sobre dor a nível comunitário em Portugal.

Deficiente organização dos cuidados

- As principais orientações estratégias para a problemática da dor encontram-se definidas no Plano Nacional de Luta Contra a Dor.
- Após a aplicação, em 1999, de um inquérito a todos os hospitais do País, com exclusão dos hospitais psiquiátricos, verificou-se existirem apenas 21 unidades de tratamento de dor de nível básico, 6 de nível I, 9 de nível II e nenhuma de nível III.
- Para além da distribuição geográfica destas unidades ser irregular, deixando a descoberto o interior do País, verifica-se que as poucas existentes resultam, frequentemente, mais do empenhamento de alguns profissionais mais vocacionados e treinados para o tratamento da dor do que de um esforço institucional para a sua criação.
- Isto é evidenciado pelo facto de alguns hospitais terem respondido no questionário que não possuíam nenhuma unidade de tratamento de dor, mas, ao mesmo tempo, revelarem o cumprimento dos critérios mínimos internacionais para se poder classificar o seu desempenho como enquadrado no âmbito de uma unidade de dor.
- Não existe, em Portugal, nenhum hospital universitário com uma unidade de tratamento de dor de nível III, a quem competiria a investigação e a formação pré e pós-graduada na área do tratamento da dor, assim como o suporte a programas de mestrado e doutoramento.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Melhorar a informação disponível sobre a dor

- Será realizado pelo INSA um estudo sobre dor na comunidade (tipos, frequência, utilização de cuidados e consequências).

Promover a organização dos cuidados prestados

- Estando ainda numa fase inicial de implementação, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor necessita de uma abordagem programática, requerendo uma maior promoção do seu desenvolvimento e acompanhamento, não só através do envolvimento dos serviços regionais e locais de saúde, mas também dos vários sectores nacionais implicados.
- É indispensável que a acção das unidades a criar se venha a cruzar com as necessidades de tratamento da dor detectadas na prestação de outras especialidades médicas ou cirúrgicas, assim como na prestação de cuidados continuados, de cuidados paliativos ou de cuidados a doentes em fase terminal de vida.
- A adopção da dor como 5º sinal, com previsão em normativo legal, levará à definição de metas de implementação e resultados de eficiência, referentes ao estado de saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas e à qualidade dos serviços de saúde prestados.

Settings prioritários

- Há que priorizar os hospitais com vista à criação e desenvolvimento de unidades de dor.
- Desenvolver-se-á a sensibilização dos profissionais dos cuidados de saúde primários e cuidados continuados para o encaminhamento e acompanhamento dos doentes que possam beneficiar destas unidades e tratamentos.

Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais

Situação actual

Importante causa de morbimortalidade mas baixa capacidade de resposta

- Os acidentes e as suas consequências (traumatismos, ferimentos e lesões) são a principal causa de morte nas crianças e jovens, a partir do primeiro ano de vida, determinando um número muito elevado de anos potenciais de vida perdidos.
- Por outro lado, geram um grande número de jovens com deficiência, cujos custos económicos e psicossociais são difíceis de calcular.
- Nos adultos, os acidentes de viação e os laborais impõem custos à vítima, à família e à sociedade.

- Quando acontecem em pessoas mais idosas, são uma causa importante de morbilidade, mortalidade, incapacidade e dependência.
- Uma parte significativa destes acidentes, principalmente os de viação, está associada ao consumo excessivo de álcool.
- Os acidentes de trânsito por 100.000 habitantes e a mortalidade antes dos 65 anos que lhe está associada mostram que, no geral, a tendência da mortalidade prematura em acidentes de viação é decrescente.
- Os acidentes continuam a ser um factor importante para a ocorrência de incapacidades permanentes, para os quais o sistema de saúde português tem mostrado baixa capacidade de resposta.

O Centro de Informação Antivenenos

- Na área das intoxicações, o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) é o centro de intoxicações português (Portuguese Poison Center); está sedeado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e encontra-se referenciado nas instituições nacionais e internacionais. O CIAV é um centro médico, labora 24 horas por dia, sete dias na semana, cobre todo o território nacional, recebe maioritariamente consultas por intoxicações agudas e crónicas (humanas e animais), sendo todas as consultas atendidas por médicos especializados. O Centro presta também informações sobre os efeitos secundários dos medicamentos, as substâncias cancerígenas, mutagénicas, teratogénicas. Colabora no ensino de Toxicologia Clínica, nas Prevenções Primária e Secundária e na feitura de estudos toxicológicos, epidemiológicos e de prevenção. Mantém colaboração, a nível nacional, com departamentos do Ministério da Saúde e de outros ministérios, universidades, escolas, associações e ONG e, a nível internacional, com diversas instituições, nomeadamente, com a OMS, Comissão Europeia, Programa Internacional de Segurança Química, European Association of Poisons Centers and Clinical Toxicologists. O objectivo primordial da sua acção é diminuir a morbilidade e mortalidade por intoxicação.

Abordagem intersectorial para minorar os acidentes rodoviários

- Foi criado, em 1997, o Conselho Nacional de Prevenção Rodoviária[61] (CNPR), ao qual compete a coordenação e a gestão estratégica de todas as componentes envolvidas naquele fenómeno.
- O Director-Geral da Saúde integra o CNPR, que tem como uma das suas atribuições aprovar o Plano Integrado de Segurança Rodoviária (PISER).
- Este Plano contempla a participação, de forma articulada, de departamentos do Estado com competências nas áreas da circulação e segurança rodoviária, entre os quais a saúde, e de associações do sector.
- O seu principal objectivo é a redução do número de mortos em acidentes rodoviários.
- A DGS tem também desenvolvido várias acções no âmbito do projecto "álcool e drogas na condução", com o objectivo de reduzir os índices de sinistralidade rodoviária associada ao consumo do álcool[62].
- Têm também sido desenvolvidas acções de formação dirigidas aos agentes que se ocupam do tratamento de crianças e idosos e acções de esclarecimento público, em colaboração com ONG e Autarquias, estando em curso a criação de vários textos sobre segurança infantil, assim como de um CD interactivo e de um *site* no portal da DGS.
- Existe no INSA um projecto de monitorização de acidentes domésticos e de lazer (ADELIA - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada).

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Desenvolver um plano de acção para a prevenção de acidentes

- O desenvolvimento de um Programa para a Prevenção de Acidentes basear-se-á na prevenção daqueles que provocam traumatismos, ferimentos e lesões (TFL) no indivíduo.

61 Resolução do Conselho de Ministros 42/97, publicada no Diário da República n.º 16 de 13 de Março.

62 Lei n.º 77/2001, de 13 de Julho;

Decreto-Lei n.º 265-A/2001, de 28 de Setembro.

- A actuação incidirá sobre todo o ciclo da vida, mas naturalmente com maior acentuação nos grupos mais vulneráveis (crianças, deficientes e idosos).
- O programa abrangerá a prevenção das lesões acidentais que ocorrem no lar, nas escolas e nos espaços de lazer, acidentes de tráfego e de trabalho.
- Os traumatismos cranio-encefálicos receberão uma atenção especial.
- O programa encorajará a concretização de acções pelas autarquias, ONG ou empresas.

Reforçar os serviços dos hospitais e do Centro de Informação Antivenenos

- Para trabalhar para este desiderato, há que intervir, activamente, na Prevenção Primária, preferencialmente no aumento do conhecimento e da informação, e investir na Prevenção Secundária, privilegiando o adequado apetrechamento hospitalar e os recursos humanos e técnicos necessários ao desenvolvimento do CIAV, entre outros.

Definir uma rede de traumatizados

- Será definida uma Rede de Referência para Acidentados, que inclua mecanismos de triagem, contemplando traumatismos, ferimentos e lesões.

Settings prioritários

- Deverão ser privilegiados os meios de transporte, locais de trabalho, lares de 3ª idade e as habitações e famílias em geral.
- Desenvolver-se-ão protocolos de cooperação entre o Ministérios da Saúde e as diversas entidades responsáveis por estes *settings*, que permitam desenvolver acções efectivas, com vista a segurança, redução dos acidentes e pretação de cuidados de saúde atempados e de qualidade às populações envolvidas.

ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA

Os investimentos previstos no sistema de saúde deverão providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo.

Para tal, a mudança prevista deverá focar, essencialmente, a rede de cuidados primários, a rede de cuidados secundários, a rede de cuidados continuados e a política do medicamento.

Como principais instrumentos desta mudança, apostar-se-á:
- numa *gestão mais empresarial*, com uma responsabilização clara dos gestores e executores, apoiados por informação mais acessível e resultante de uma maior atenção do sistema de informação;
- no *desenvolvimento de parcerias* com os sectores privado e social;
- numa *maior coordenação vertical*, entre níveis de cuidados, através de redes de referenciação;
- no reforço *da gestão horizontal* em saúde, particularmente na articulação entre os diversos sectores, nas escolas, no local de trabalho, junto dos idosos e pessoas vulneráveis na comunidade, na segurança alimentar, na paz nas estradas, no desenvolvimento dos recursos humanos da saúde;
- na revisão dos *incentivos* à produtividade, ao desempenho e ao mérito.

Mudança centrada no cidadão

Opções de escolha do cidadão

Situação actual

Falta de informacão validada, isenta e pertinente ao cidadão
- A liberdade de escolha tem vindo a ser cerceada por um conjunto de condicionantes e imposições, nomeadamente no que respeita a experiências de gestão que vedam o recurso a agentes do sector privado, criando um problema de Listas de Espera em sectores outrora eficientes.
- Existem diversas situações de oligopólio do lado da oferta de serviços de saúde, quer no sector privado, quer no sector público.
- Não há informação disponível e adequada, assente em critérios objectivos, que permitam escolhas esclarecidas.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Aumentar o acesso a informação validada e isenta
- Deverá ser estimulada a implementação gradual de produtos, serviços e tecnologias facilitadoras da prestação de informação e apoio a decisão dos utentes do sistema de saúde, em situações de rentabilidade e sustentabilidade financeira, nomeadamente eliminando eventuais dependências funcionais das organizações prestadoras de cuidados.
- Prosseguir-se-á uma política activa de qualificação e certificação das unidades de saúde existentes, acompanhada pela publicitação de informações, a elas respeitantes, consideradas relevantes para a tomada de decisão dos utentes.

Aumentar a liberdade de escolha no acesso aos cuidados de saúde
- Deverá ser respeitada a liberdade de escolha do cidadão, em áreas cujo nível de desenvolvimento tecnológico, bem como a qualidade em que e como os serviços são prestados não comprometa o funcionamento eficiente do SNS como um todo.

- Deverá ser estudada a viabilidade de, na linha da sugestão anterior, se implementar um sistema de cheque-saúde, aproveitando a experiência de outros países.
- No sentido de evitar situações como o monopólio da oferta e a indução da procura, deverão ser criadas e fomentadas iniciativas regulamentadoras da actividade de agentes económicos em situação de aparente domínio.

Participação do cidadão no sector da saúde

Situação actual

Pobreza de mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde

- Embora estejam legislados alguns mecanismos formais para encorajar a participação dos cidadãos nos sistemas de saúde, estes geralmente não são concretizados na prática.
- Por outro lado, o envolvimento cívico dos cidadãos nas causas relacionadas com a saúde, é fruto de um esforço de mobilização dos indivíduos, através das estruturas comunitárias, que não tem ocorrido naturalmente nem tem sido clara e fortemente estimulado pelos actores da saúde responsáveis.

A existência de organizações da sociedade civil enquanto grupos de interesse e representação

- As organizações associadas a enfermidades específicas defendem os interesses específicos dos doentes e famílias que representam, têm atraído uma maior atenção, alocação de recursos e apoios públicos, em oposição a uma visão mais global do SNS.
- Algumas destas organizações procuram funcionar como grupos de pressão junto dos diversos organismos ligados à Saúde.

A não participacão do sector da saúde em situacões de exclusão social

- Estas situações de exclusão são particularmente marcantes no caso dos imigrantes, das minorias étnicas, dos sem abrigo[63], das populações prisionais, das mães solteiras, crianças e jovens em risco e dos portadores de algumas doenças crónicas.

Ausência de estratégias para reduzir as desigualdades em saúde

- Na Europa, as diferenças relativamente à mortalidade e à morbilidade entre as classes sociais desfavorecidas e as detentoras de melhores condições socioeconómicas têm aumentado.
- As populações pobres e socialmente mais desfavorecidas continuam a sofrer de desvantagens substanciais em relação à saúde: a esperança de vida é menor, apresentam uma maior morbilidade, têm geralmente uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde e estão também menos informados sobre os cuidados preventivos.
- Existem outras situações de desigualdade social com influência no estado de saúde, nomeadamente quanto aos idosos que vivem isolados, às crianças filhas de pais alcoólicos e/ou toxicodependentes, aos imigrantes (especialmente os ilegais), aos refugiados, aos desempregados de longa duração, aos sem-abrigo, aos portadores de deficiência, às vítimas de desigualdades relacionadas com o género, às pessoas pertencentes a minorias étnicas e às que se prostituem.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Encorajar experiências múltiplas de empoderamento do cidadão *vis-à-vis* com o sector da saúde

- Serão estimuladas e encorajadas as iniciativas de envolvimento cívico nos assuntos da saúde, não só através de campanhas e comemoração de eventos correlacionados, mas também de uma discussão aberta e da participação dos cidadãos na solução dos

63 Bento, A.; Barreto, E. - Sem-amor Sem-abrigo. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

problemas de saúde, onde os seus representantes e os próprios possam contribuir para a melhoria da situação de saúde da comunidade. A capacidade de mobilização social das estruturas comunitárias será encorajadas enquanto elo de ligação para uma abordagem de empoderamento comunitário e individual em saúde.

Dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil

- Aproveitar as sinergias existentes com a criação destas organizações e associações, fomentando o seu espírito crítico e acolhendo as sugestões consideradas razoáveis, numa óptica global.
- Fomentar a participação dessas organizações na tomada de decisões com potencial impacto na sua razão de ser e estimular a sua vocação no apoio complementar e personalizado junto dos doentes e utentes do sistema de saúde.

Desenvolver estratégias de atenção particular aos socialmente excluídos

- Será desenvolvido pela DGS, um Programa Nacional de Luta contra as Desigualdades em Saúde, visando a sua redução e a inclusão social no sector da saúde.
- Serão equacionadas medidas destinadas a assegurar o acesso das pessoas com deficiência, em condições de igualdade, ao Serviço Nacional de Saúde.
- Serão criados centros de reabilitação médico-funcional, para laringectomizados e de hemodiálise, descentralizados, de forma a proporcionar uma reabilitação atempada e continuada;

Desenvolver estratégias que promovam a redução das desigualdades em saúde

- Para actuar eficazmente sobre este problema, serão desenvolvidas diversas medidas nos seguintes campos de actuação:
    - estudar a situação, caracterizando os casos de desigualdade em saúde e inventariando e divulgando os exemplos de boas práticas neste domínio, de modo a disseminar este tipo de intervenção;
    - adequar os recursos e criar centros de saúde ou mobilizar unidades móveis, em comunidades consideradas mais desfavorecidas, com recursos que permitam aos serviços de saúde adequar-se às necessidades dos imigrantes, minorias étnicas e pessoas sem-abrigo e de outras populações desfavorecidas;
    - estabelecer parcerias com outros sectores, para além da saúde, trabalhando para esse objectivo com as ONG e com outros serviços, como os da Segurança Social, Ambiente e Defesa do Consumidor, entre outros.

Comportamentos e estilos de vida saudáveis

Situação actual

Não reconhecimento da importância da promoção da saúde

- As actividades de promoção da saúde como acções de prevenção primária e secundária, nem sempre ocupam lugar de primazia no contexto geral da prestação de cuidados de saúde.

Consumo de tabaco

- O consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade. Segundo os últimos dados do *World Health Report* (2002), o consumo de tabaco é a principal causa isolada de peso da doença (12,2%).
- O consumo de tabaco em Portugal tem vindo a diminuir, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos[64], sendo o sexo masculino o principal responsável por esta diminuição (com excepção do grupo etário dos 35-44 anos, onde se regista um aumento da prevalência de fumadores). Está, no entanto, a aumentar o consumo de tabaco no sexo feminino de forma preocupante.

64 Portugal. INSA. – Inquérito Nacional de Saúde 1998/99. Lisboa: INSA,2001.

- Apesar das intervenções para a cessação tabágica serem reconhecidas como sendo de elevado rácio custo-efectividade, não têm sido implementadas intervenções estruturadas nos cuidados primários e restantes, bem como, não têm sido desenvolvidos serviços de desabituação tabágica. Os poucos ainda existentes têm sobrevivido sem receberem os apoios necessários.
- Em Portugal, em casa, no local de trabalho e em lugares públicos, os direitos dos não fumadores não são reconhecidos, com graves consequências para a saúde, principalmente das crianças.
- A legislação que existe em Portugal ainda é deficiente do ponto de vista da protecção dos não fumadores.
- Os preços praticados em relação aos produtos tabágicos encontram-se a níveis que ainda não representam um desincentivo ao seu consumo, nomeadamente, quando comparado com o poder de compra médio do cidadão português.

Consumo excessivo de álcool

- Segundo os Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999, verificou-se que em 1999 houve uma descida na percentagem de consumidores no Continente. Contrariando esta tendência, ocorreu um aumento de consumidores do sexo masculino, dos 15 aos 17 anos. Verificou-se também um aumento importante nos consumidores femininos, no Alentejo, entre os 15 e os 54 anos. É de realçar que os jovens são um grupo alvo das campanhas de publicidade e promoção de vendas. Estes dados continuam a ser extremamente preocupantes, sendo o nosso nível de consumo e as suas consequências, um grave problema de Saúde Pública em Portugal.
- Quanto aos padrões de consumo, constata-se um aumento significativo no consumo de cerveja e de bebidas destiladas. Os jovens que consomem álcool têm o seu primeiro contacto com bebidas alcoólicas com cerca dos 11 anos (8-15), predominando, entre os 15 e 24 anos, o consumo de cerveja e de bebidas destiladas fora das refeições, 2 a 3 vezes por semana e em grande quantidade, no âmbito recreacional e de diversão nocturna, com mudanças nos padrões de consumo, que tendem a sublinhar a expressão das consequências ligadas ao consumo agudo em detrimento do crónico. Em termos de mortalidade, já se reflecte um decréscimo nos indicadores de mortalidade por doença hepática crónica e por cirrose hepática.

Consumo de drogas ilícitas

- O consumo de drogas ilícitas é um problema de saúde, não só dos próprios consumidores e abusadores de substâncias psicoactivas, mas também da sociedade pelos problemas relacionados ao nível:
    - sanitário: doenças sexualmente transmissíveis, bem como SIDA, Hepatites, Tuberculose;
    - escolar: insucesso escolar e abandono precoce, comportamentos violentos e anti-sociais, pouca resistência à pressão de grupo, experimentação de drogas em idade precoce (tais como tabaco, álcool, cannabis);
    - criminal: crimes contra o património, roubos ou atentados à integridade física, simulacros de actividade profissional;
    - social: deterioração do tecido social associado ao consumo, desrespeito ou incumprimento de regras e valores instituídos, prostituição, sobrecarga da Segurança Social.
- O comportamento de alguns indicadores, não deixando de ser ainda preocupante, parece apontar para a inversão da tendência crescente, que se verificou até 1999.
- No entanto, Portugal ainda detém uma das taxas mais elevadas da Europa em termos de consumo problemático de substâncias psicoactivas: 9/1000 habitantes, entre os 15 e os 64 anos de idade[65].
- As notificações sugerem que o ritmo de crescimento de toxicodependentes no conjunto dos casos de SIDA tem vindo a abrandar desde 1998.

65 OEDT - Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega. - 2002. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência, 2002.

- Os dados do Instituto Nacional de Medicina Legal sugerem, igualmente, um decréscimo no número de casos de morte relacionados com o consumo de drogas.
- A prevenção do consumo de drogas ilícitas tem seguido uma abordagem de programa vertical resultando num baixo grau de envolvimento de potenciais parceiros sociais.
- Diversificação limitada das "ofertas" de caminhos para a saída da toxicodependência. Esta oferta tem estado muito centrada em estruturas do Estado não fazendo pleno uso do potencial de ofertas terapêuticas por parte de outros parceiros sociais que incluem estruturas de apoio à reinserção social.
- Tem-se registado um aumento dos utentes integrados nas respostas terapêuticas oferecidas pelos CAT, pelas unidades de desabituação e pelas comunidades terapêuticas, públicas e convencionadas. O número de primeiras consultas, na rede de atendimento do SPTT (actualmente incorporado pelo IDT), tem vindo a diminuir. Tem-se, também, assistido a um importante alargamento dos programas de substituição.
- O surgimento de novas drogas sintéticas poderá, no futuro, mobilizar grandes esforços, exigindo a experimentação de estratégias inovadoras de abordagem, que permitam lidar melhor com a percepção dos riscos associados a estes novos consumos.
- Será de incrementar uma estratégia de intervenção tripartida sobre a família, a escola e o emprego.
- Estima-se a existência de 70.000 a 100.000 toxicodependentes em Portugal, de acordo com o Relatório Anual 2001 do SPTT (actual IDT): foram atendidos pelos CAT 32.064 toxicodependentes; encontrando-se 17.683 em tratamento dos quais: i) 12.863 em programas de substituição opiácea (metadona, bupenorfina); ii) 4.625 em Unidade de Desabituação; e iii) 2.897 em Comunidades Terapêuticas[66].
- Os consumos caracterizam-se por: 82,8% homens, 51,5% em idades entre os 25 e 34 anos; 77,6% consumidores de heroína, 27,3% de cannabis e 27% de cocaína. Note-se que o ecstasy, anfetaminas e outras drogas de desenho têm vindo a conquistar terreno nos consumos problemáticos particularmente entre as camadas mais jovens e jovens em idade considerada precoce (adolescentes 12-14 anos); 32,2% administram as drogas por via endovenosa; 13,6% são VIH+ (dos quais 43,6% em tratamento retroviral), 5,4% AgHBs+ e 44,7% HVC+ (hepatites) e 2,3% tuberculose.
- Tratamentos em Comunidade Terapêutica: 84% são homens, 30,1% com idades entre os 25 e 29 anos; 17,3% passaram por desabituação em Unidades de Desabituação; 24,1% foram internados por aconselhamento dos CAT, 27,1% por iniciativa própria e 31,1% por pressão familiar; 44,4% completaram o tratamento e destes 24,3% transitaram para Apartamentos de Reinserção; 51,2% mantiveram-se abstinentes.
- Desde o início dos anos 90, desenvolveu-se uma rede de cuidados, gerida de forma autónoma em relação aos outros cuidados de saúde do SNS. Esta rede é composta, de uma forma geral, por CAT que cobrem o território nacional prestando cuidados globais, individualmente ou em grupo, sempre em regime ambulatório. Para além disto, está prevista a existência de outras unidades, que podem ser públicas ou privadas (licenciadas e com possibilidades de aderirem a convenções de financiamento de lugares para tratamento), nomeadamente Unidades de Desabituação, Comunidades Terapêuticas (unidades de internamento de longa duração) e Centros de Dia (locais onde se desenvolvem actividades de natureza ocupacional e/ou pré-profissional). Por último, são ainda reconhecidos os Centros de Consulta privados[67]. Não estão previstas unidades de tratamento intensivo, quer em ambulatório quer em regime residencial, bem como aquelas unidades, medicamente assistidas, para populações que necessitam de cuidados especiais. Há uma grande sobreposição dos cuidados prestados por todas estas unidades, com uma multiplicação de serviços e componentes, demonstrando a falta de definição e delimitação das funções de cada serviço e da complementaridade que deveria existir entre estes. Desta forma, tal situação interfere directamente no processo de encaminhamento dos clientes e no próprio processo de tratamento global a ser realizado por cada indivíduo. Um

66 SPTT - Relatório Anual 2001 do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência. Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, Ministério da Saúde, 2002.

67 SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência. Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, Ministério da Saúde, 2001.

outro problema está relacionado com a inexistência de instrumentos padronizados de avaliação inicial, encaminhamento para tratamento adequado e acompanhamento e *follow-up*. Tudo isto permitiria uma prestação de cuidados de tratamento e reabilitação mais racional e eficiente[68].

- Na área do tratamento do abuso e dependência de drogas ilegais, as taxas de indução, em termos de encaminhamento para tratamento, mostram-se relativamente baixas, podendo ser melhoradas com uma melhor estruturação da intervenção realizada pelos CAT junto da população atendida. Da mesma forma, as taxas de retenção em Tratamentos de Substituição Opiácea, em Ambulatório e em Comunidades Terapêuticas podem ser melhoradas através de um investimento na qualidade dos recursos existentes, na adequação do atendimento prestado e com a visão destas modalidades como um tratamento contínuo ao qual os utentes devem aderir e se submeter. Tal retenção implicará aumentar a adesão na fase inicial de tratamento e a permanência dos indivíduos por períodos suficientes que permitam melhores resultados em termos de: interrupção/diminuição do consumo de substâncias, redução das doenças associadas a este uso, diminuição da actividade anti-social e do crime e melhoria do funcionamento e reintegração social[69].
- Devido ao fenómeno crescente da politoxicodependência e ao aumento do consumo de álcool entre os jovens, o abuso e a dependência de álcool apresentam-se associados a casos de dependência de outras drogas ou a históricos de tratamentos anteriores para estas patologias, o que implica uma maior atenção à prevenção e ao tratamento concomitante dos problemas ligados ao álcool nas abordagens de tratamento para a toxicodependência.
- O padrão comportamental do consumo de drogas ilícitas tem sofrido modificações nomeadamente no maior peso relativo ao consumo de drogas sintéticas face à heroína.

Malnutrição

- O crescimento muito significativo do consumo de produtos de origem animal,[70] associado ao consumo excessivo de gorduras, em especial as saturadas, de sal, de açúcar e a baixa ingestão de frutos, legumes e vegetais, em determinados grupos da população, a par de níveis elevados de ingestão calórica, parecem constituir os principais problemas nesta área. Segundo os dados do último *World Health Report* (2002), a alimentação está directa ou indirectamente relacionada com a hipertensão (10,9% do peso da doença), com o colesterol (7,6% do peso da doença), com a obesidade e o excesso de peso (7,4%) e com a baixa ingestão de frutos e vegetais (3,9%), constituindo, assim, um importante factor de risco de patologias crónicas, como sejam as doenças do aparelho circulatório, a diabetes *mellitus*, os cancros e a osteoporose.
- A aplicação do Regulamento da Comunidade Europeia, que determina os princípios e as normas gerais da legislação alimentar, estabelece os procedimentos em matéria de segurança dos géneros alimentícios, e cria a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos, contribuindo para a confiança dos consumidores e dos parceiros comerciais. Prevê-se, de facto, que, para além de assegurar a adequada legislação alimentar, venham a ser adoptadas, por parte das autoridades públicas, as convenientes medidas para informar a população, sempre que existam fundamentos legítimos de suspeita de que um género alimentício possa constituir um risco para a saúde. Em Portugal, a Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar participará, com o Ministério da Saúde, na avaliação e comunicação dos riscos relacionados com os alimentos.

68 Cunha Filho, H. – Introdução aos sistemas de tratamento. in Ferreira-Borges, C., Cunha Filho, H. - Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico. Lisboa: Gabinete de Dependência Química, 2004. (a publicar)

69 Cunha Filho, H. – Reabilitação Psicossocial. in Ferreira-Borges, C., Cunha Filho, H. - Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico. Lisboa: Gabinete de Dependência Química, 2004. (a publicar)

70 Instituto Nacional de Estatística, Destaque do INE, Dia Mundial da Alimentação, 15 de Outubro de 2002.

Actividade física insuficiente

- Portugal é o País da UE com os níveis mais elevados de sedentarismo[71]. Segundo dados do último *World Health Report*, a inactividade física contribui com 3,3% para o peso da doença. Cerca de ¾ da população com 15 anos ou mais descreve a sua principal actividade de tempos livres como ler, ver televisão ou outras actividades sedentárias[72].

Violência

- A discussão acerca da violência em Portugal, não pode ser descontextualizada daquilo que é o legado sociocultural do povo português.
- A nível individual, são as situações que afectam física e psicologicamente os indivíduos as consideradas mais violentas. O facto da violação e da difamação serem consideradas como actos muito violentos revela a preocupação pela integridade física e moral dos indivíduos. O aumento que, na nossa sociedade, se tem verificado na prática destes actos, indicia um agravamento de comportamentos a que urge pôr cobro.
- A nível social, ressalta a preocupação pela vida e pelo bem-estar, manifestada pelo repúdio da poluição ambiental e pela comercialização de produtos farmacêuticos não testados.
- A nível grupal, as preocupações prendem-se com as relações intrafamiliares e intersexos. Os factores intrafamílias percebidos como causas de violência incluem a desigualdade entre os géneros, a droga e o álcool, a falta de afecto nas famílias e o desemprego[73].
- As respostas da saúde para a violência têm sido manifestamente inadequadas, contemplando, essencialmente, aspectos de emergência médica, sem contemplar adequadamente as vertentes mais preventivas.
- A violência doméstica, enquanto tema de discussão pública e objecto de atenção por parte das agências estatais, organizações não-governamentais e meios de comunicação social, tem vindo a ganhar visibilidade ao longo da última década. Lentamente, tem vindo a ser ultrapassada a concepção de que este é um problema da esfera da intimidade e, como tal, da responsabilidade exclusiva dos indivíduos e das famílias, para ser aquilo que já é reconhecido no nosso País, como um crime público.
- No contexto da violência doméstica, os maus tratos a mulheres (em média, 1 em cada 3 mulheres é vítima de violência; por ano 52%, das mulheres são vítimas de alguma forma de violência[74]), a crianças, jovens e idosos constituem, pela sua transcendência, um dos problemas mais importantes entre os que afectam a qualidade de vida.
- Entre os vários tipos de maus tratos, o abuso sexual, nas suas diversas expressões, é talvez uma das situações em que os profissionais de saúde, quando com elas confrontados, sentem mais dificuldade em intervir. As respostas da saúde para a violência doméstica só recentemente começaram a ser alvo de maior atenção, mesmo assim insuficiente.
- A violência no local de trabalho é reconhecida como um problema de particular relevância. Existe uma elevada prevalência de actos violentos contra os profissionais de saúde, dos quais resultam perda de qualidade e baixa de produtividade. A violência é mais frequente em centros de saúde do que em hospitais e, no contexto de ambulatório, para com os trabalhadores da área da saúde mental e para com os que fazem trabalho comunitário e ao domicílio. A violência é mais frequente contra enfermeiros, pessoal administrativo e clínicos gerais[75].

71 European Commission - A Pan-European survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. Luxembourg: Office for the Official Publications of the European Communities, 1999.

72 Portugal. INSA - Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: INSA, 2001.

73 Lourenço, N.; Lisboa, M.. - Representações da violência: percepção social do grau, da frequência, das causas e das medidas para diminuir a violência em Portugal. Cadernos do CEJ. Ministério da Justiça. n.º 2 (1991) 5-79.

74 Lourenço, N.; Lisboa, M.; Pais, E. - Violência Contra as Mulheres. Cadernos da Condição Feminina n.º 48. CIDM, 1997.

75 Antunes, A.R.; Biscaia, A.; Conceição, C.; Fronteira, I.; Craveiro, I.; Flores, I.; Santos, O.; Ferrinho, P. - Violência Contra os Profissionais de Saúde no local de Trabalho. Estudos de Caso Portugueses. Relatório Final. Lisboa: AGO, Maio 2002.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Reforçar acções de promoção da saúde

- O funcionamento pleno dos Centros Regionais de Saúde Pública, em articulação com as outras unidades dos centros de saúde e estruturas locais pertinentes - autarquias, escolas, empresas e ONG[76] - dará um novo impulso à promoção da saúde. Destacam-se, particularmente, as actividades no âmbito da saúde escolar e materno-infantil. Serão de dinamizar as equipas de Saúde Escolar dos centros de saúde e constituir outras equipas multidisciplinares móveis para as escolas e outros locais índex.
- Será prioridade nas consultas com profissionais de saúde identificar oportunidades para corrigir estilos de vida pouco saudáveis, como o consumo excessivo de álcool, o tabagismo e os hábitos alimentares inadequados.

Prevenir o consumo do tabaco nos jovens e promover o abandono do tabagismo entre fumadores

- Continuar-se-á a investir na prevenção da iniciação tabágica nos jovens, particularmente do sexo feminino. Está previsto o apoio à OMS quanto ao IV Plano para uma Europa sem Tabaco.
- Reforçar-se-á a intervenção em matéria de desabituação tabágica visto que esta representa a única via para uma diminuição da mortalidade e morbilidade nos próximos 10 a 15 anos.
- Para tal, desenvolver-se-ão os recursos didácticos e a formação contínua de profissionais que intervém na área da prevenção e de profissionais de saúde com competências no âmbito da cessação tabágica, com vista a promover o desenvolvimento destas consultas a nível dos Cuidados de Saúde Primários, para a população em geral, e a nível dos Cuidados de Saúde especializados, para as pessoas com doenças associadas ao consumo de tabaco em particular.
- No âmbito da cessação tabágica, será facilitado o acesso, a baixo custo, aos medicamentos utilizados no tratamento dos utentes.
- Fomentar-se-á um maior apoio a recursos que utilizam novas tecnologias de informação, quer através de linhas telefónicas de informação, apoio e aconselhamento em cessação tabágica, quer através de portais específicos e outros recursos multimédia que possam ser utilizados na promoção da saúde e na prevenção do tabagismo.
- Por outro lado, incentivar-se-ão medidas de protecção da saúde que desencoragem o consumo de tabaco. Assim, serão aumentados e revistos periodicamente os preços praticados em relação aos produtos tabágicos de forma a que estes não apresentem, com o passar do tempo, um preço de venda mais baixo do que o poder de compra médio do cidadão português.
- Da mesma forma, reforçar-se-ão os mecanismos legislativos e outros para protecção dos não fumadores. Será ainda feita uma revisão da legislação, nomeadamente no que se refere a proibição de fumar nos locais de trabalho, nas escolas e noutros locais de acesso ao público, como restaurantes, locais de espera e convívio,
- Os serviços de saúde detêm uma particular responsabilidade nestes domínios, e assumirão um papel mais interveniente, de forma a melhorar a capacidade de controlar as condições de fabrico, comercialização e venda de produtos de tabaco.
- Impõe-se, também, o apoio técnico para a Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, o apoio técnico para a Directiva Comunitária sobre condições de fabrico e venda de produtos de tabaco e apoio técnico para a Directiva Comunitária sobre publicidade.

Prevenir o consumo excessivo de álcool

- O elevado nível de consumo de álcool em Portugal, embora as tendências de consumo (tendo por base o WDT – *world drink trends*) pareçam ser favoráveis à sua redução, é indicador do longo caminho que ainda há a percorrer. O que se torna claro é que o consumo *per capita* de álcool em Portugal deve diminuir. Nesse sentido, serão apoiadas iniciativas para a efectivação das intervenções contempladas no Plano de Acção Contra o

76 CINDI Highlights; 7: 26. CINDI 2001, Health Promotion Agency for Northern Ireland.

Alcoolismo[77], nomeadamente: a educação para a saúde, objectiva e persistente, sobre os riscos das bebidas alcoólicas nos vários grupos populacionais; a disponibilização de respostas terapêuticas descentralizadas e eficazes para os bebedores excessivos e as restrições à publicidade.

- As mudanças para padrões de consumo menos saudáveis e de maior risco, nomeadamente o aumento do número de bebidas ingeridas por ocasião, do consumo de *shots*, *designer drinks* e de bebidas de elevada graduação alcoólica, a associação a drogas ilícitas e o aumento do consumo em determinadas regiões do País e, por fim, o aumento do consumo entre o sexo feminino, devem ser contrariadas.
- Nesse sentido, as intervenções consideradas úteis seguirão a perspectiva "Desenvolver e apoiar programas de promoção e educação para a saúde na área da alcoologia, que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e acções de sensibilização e de formação para grupos específicos que chamem a atenção para os riscos do consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente de bebidas alcoólicas"[78].
- Será realizado um inquérito aos clínicos gerais, para avaliar a prevalência do consumo excessivo pelos utentes e as competências profissionais para lidar com esses utentes.
- Será apoiado o desenvolvimento de recursos didácticos e de formação específicos para os profissionais de saúde, que permitam uma melhor prevenção, diagnóstico, encaminhamento, tratamento e reabilitação dos indivíduos com problemas ligados ao álcool, que contactam com o sistema de saúde em geral.
- Neste âmbito, será especialmente desenvolvido um programa estruturado de formação de profissionais dos cuidados de saúde primários, em abordagens breves e outras reconhecidamente eficazes, para consumidores excessivos de bebidas alcoólicas.
- Da mesma forma desenvolver-se-á formação específica para os profissionais de saúde que actuam na área do atendimento e tratamento de pessoas com problemas ligados ao uso de outras substâncias, tanto da rede pública quanto da convencionada, nomeadamente em colaboração com o IDT.
- Será dada prioridade a iniciativas de concertação das acções de prevenção e controlo dos problemas ligados ao álcool, tendo por base os Centros Regionais de Alcoologia (CRA), podendo ser desenvolvidas com a colaboração de outras estruturas existentes e vocacionadas para o efeito, como é o caso do IDT e dos programas de saúde escolar,
- Serão aperfeiçoados os sistemas de informação e de registo existentes, nomeadamente quanto a: produção e consumo de bebidas alcoólicas; bebedores excessivos e doentes alcoólicos (estimados, diagnosticados e tratados); padrões de consumo de bebidas alcoólicas; acidentes de trabalho e acidentes de viação atribuíveis ao álcool; síndrome fetal alcoólico e criminalidade imputável ao álcool.
- Irá ser dinamizado e agilizado o Conselho Técnico de Alcoologia, através da alteração da sua constituição.
- Irá ser constituída uma nova comissão interministerial, presidida pela saúde, cuja finalidade é o acompanhamento, monitorização e a avaliação do Plano de Acção contra o Alcoolismo, assim como a apresentação de novas propostas que se venham a justificar.

<u>Prevenir o consumo de drogas ilícitas</u>

- Serão melhorados os conhecimentos das actuais tendências epidemiológicas. Neste sentido, é preciso apostar na contribuição universitária e científica em todos os domínios da droga e da toxicodependência, bem como nas relações internacionais, designadamente no OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência) de forma a conhecer outras realidades.
- Continuar-se-á a dar prioridade a projectos na área da prevenção primária, que permitam reduzir o consumo de drogas junto das populações mais jovens, assim como na redução dos riscos, que minimizem as consequências sanitárias do seu consumo.
- Será encorajada a participação do poder local na prevenção primária através de "planos municipais de prevenção", bem como a das famílias e escolas através de parcerias com

77 Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de Novembro publicado em DR n.º 276 I SÉRIE-B.

78 Transcrição do ponto 1 do n.º 1 do Capítulo II da Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000.

vista a uma efectiva troca de informação e da real sensibilização da população para a complexidade do fenómeno da droga.

- Será reforçada a área do tratamento, tendo como lógica que um maior investimento aqui equivale a poupar-se no campo da oferta, apostando na qualidade científica das estruturas do Estado, bem como na diversificação dos caminhos para a saída da toxicodependência. A reinserção tem de ser contemplada como a fase última de tratamento, de forma a diminuir os casos de regresso à toxicodependência por ausência de condições materiais.
- Serão implementadas medidas que permitam uma melhor estruturação da intervenção realizada pelos CAT junto da população atendida, contemplando a qualificação dos profissionais envolvidos e a implementação e padronização de instrumentos de avaliação inicial, diagnóstico e encaminhamento, de forma a que estes procedimentos sejam mais racionais e aumentem a capacidade de induzir os indivíduos a reconhecer a necessidade de tratamento e de encaminhar esses mesmos indivíduos para uma opção equilibrada e adequada de tratamento.
- Investir-se-á na melhoria da qualidade dos recursos humanos, técnicos e metodológicos das unidades de tratamento, públicas e privadas, e na explicitação das características dos programas de tratamento e populações alvo atendidas, adequando o atendimento prestado às necessidades de tratamento dos indivíduos e à satisfação destes, com vista a aumentar a sua permanência em tratamento e a efectividade do mesmo.
- No contexto do tratamento das toxicodependências, serão incluídas estratégias de prevenção e tratamento que contemplem o consumo indevido de álcool e o alcoolismo, em articulação com os CRA, assim como de drogas sintéticas, de forma a criar uma abordagem compreensiva e abrangente do fenómeno do abuso e da dependência de substâncias.
- A utilização das terapêuticas de substituição será revista e os critérios para o acesso e para a manutenção ao longo do tempo dos utentes nestas modalidades de tratamento serão explicitados e cumpridos com rigor.
- Da mesma forma, a utilização de análises de pesquisa de drogas na urina será apoiada e a sua prática estimulada enquanto instrumento de controle terapêutico demonstrativo da qualidade dos cuidados prestados e dos serviços de tratamento. A sua utilização fora do contexto terapêutico, como no local de trabalho, na condução de veículos, nas prisões e nas escolas será discutida e operacionalizada.
- Serão contempladas unidades de tratamento de curta duração, em regime ambulatório e residencial, de forma a racionalizar o encaminhamento e permitir um tratamento adequado aos casos que necessitem de menos cuidados e por menos tempo, equilibrando as ofertas existentes na rede de cuidados de saúde.
- Será estimulada a requalificação das unidades de tratamento do tipo comunidade terapêutica que estejam mais vocacionadas para os cuidados sociais e de reinserção, no sentido de preencherem esta área de prestação de cuidados pós-tratamento, que demonstre uma carência de recursos, enquanto que na área do tratamento existe uma disponibilidade de camas, aparentemente, excessiva.
- Da mesma forma serão criadas unidades medicamente assistidas para populações especiais, como grávidas, mães com filhos pequenos e portadores de doenças mentais e físicas que necessitem de cuidados acrescidos.
- Quando adequado, as alterações e melhorias na prestação dos cuidados e na organização dos serviços existentes serão apoiadas pelo desenvolvimento de recursos didácticos, formação e requalificação generalizada dos profissionais envolvidos no atendimento e tratamento, tanto da rede pública quanto da convencionada, de forma a dar resposta às novas necessidades e exigências que se apresentam. Esta necessidade de formação tanto se refere à área clínica abrangida pela diversidade de substâncias químicas potencialmente geradoras de dependência, a sua prevenção e tratamento, bem como à área organizacional, funcional e instrumental, que permite uma melhor e mais efectivas resposta dos serviços de saúde como um todo e dos profissionais em particular.

Promover uma nutrição saudável

- Proceder-se-á a um novo Inquérito Alimentar Nacional.
- Proceder-se-á à revisão das Recomendações para a Educação Alimentar para a População Portuguesa.
- Ambas as tarefas serão executadas em articulação com o Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN), incluindo a organização de uma Conferência de Consenso sobre Recomendações Alimentares para a População Portuguesa.
- Entre os objectivos a serem alcançados através das intervenções nesta área encontram-se a redução do consumo de sal, de álcool e de gorduras e o aumento do consumo de frutos, legumes e vegetais.

Incentivar a actividade física regular

- Serão elaboradas recomendações sobre a actividade física regular ao longo da vida, adaptadas à população portuguesa.
- Reforçar-se-á a articulação com a Rede de Cidades Saudáveis e a Associação Portuguesa de Municípios, no sentido de se incentivar o desenvolvimento de projectos que estimulem a prática de exercício físico regular por parte da população.
- Aumentar-se-á a sensibilização da população para as vantagens da adopção de uma prática de actividade física regular, adequada a cada situação em particular e a cada fase do ciclo de vida em geral.
- Investir-se-á em melhorar o nível de informação existente sobre os hábitos de actividade física dos portugueses.

Promover o combate à violência

- A um nível macro de intervenção, serão realçadas as condições globais da nossa sociedade (aspectos culturais, civismo, nível de escolarização e de informação, interesse dos *mass media*, etc.), os enquadramentos legais e políticos e as estratégias gerais para a problemática da violência em geral. O horizonte de impacto para as intervenções a este nível é provavelmente de 10 ou mais anos. Importa interferir no ambiente educacional das crianças, jovens e adolescentes cerceando tudo o que favoreça a violência: interdição de programas – mesmo que indiciadores – de violência na rádio e na TV, repressão assumida de qualquer acto que dele deriva sobretudo em meio escolar. Estímulo à ocupação dos tempos livres dos jovens, promovendo intervalos entre as aulas com actividades de movimento.
- A Saúde continuará a dar o seu contributo para a aplicação do Plano Nacional contra a Violência Doméstica, através, nomeadamente, de acções de formação para os seus profissionais, no sentido de os sensibilizar e de potenciar as suas competências na identificação das situações de violência, na orientação e no apoio das vítimas.
- A violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho não será abordada como um simples problema de segurança, mas como um assunto multifactorial com determinantes culturais, políticas, sociais, económicas, de gestão e individuais. Será assegurada uma *tolerância zero* para qualquer tipo de violência.
- A um nível meso, a intervenção será normativa: linhas orientadoras para os dirigentes, trabalhadores da saúde, doentes, médicos de saúde ocupacional, representantes sindicais, etc., devendo ser equacionados os aspectos como as competências de gestão, condições gerais de trabalho e as condições de acesso ao serviço de saúde.
- A um nível mais micro, a intervenção contemplará o que pode ser mudado a curto-prazo (1 a 2 anos): sistemas de segurança, mecanismos de queixa, formação em comunicação e em resolução de conflitos, existência de mediadores, etc. Quando todos os níveis de prevenção, acima mencionados, falham e a violência ocorre, então devem existir no local os mecanismos para lidar com o episódio de violência e com as suas consequências: sistemas de segurança, auto-defesa e sistemas de apoio às vítimas, sistemas de investigação da violência e sistemas para lidar com o agressor.

Contexto ambiental conducente à saúde

Situação actual

Pouca atenção do sector da saúde à poluição atmosférica e alterações climáticas

- As alterações climáticas, induzidas por factores antropogénicos, são principalmente devidas à acumulação dos gases com efeito de estufa (GEE), resultantes de actividades como a combustão de combustíveis fósseis, a desflorestação em grande escala e a rápida expansão da agricultura intensiva, os incêndios florestais e as queimadas agrícolas. São vários os impactos directos e indirectos previsíveis na saúde em resultado das alterações climáticas. Destaca-se o aumento potencial de mortes relacionadas com o calor, o aumento potencial de doenças transmitidas pela água e pelos alimentos, o aumento potencial de problemas relacionados com a poluição atmosférica, o aumento potencial do risco de doenças transmitidas por vectores e roedores.
- Embora a diminuição do ozono estratosférico e as alterações climáticas possam ter uma análise independente, têm vários processos em comum. Por exemplo, os gases com efeito de estufa, especialmente os CFC, também destroem o ozono estratosférico, promovendo deste modo um aumento da proporção de radiação ultravioleta que atinge a superfície da Terra. Uma maior exposição a esta radiação provocará significativos impactos na saúde humana, designadamente, um aumento da incidência de cancros de pele em populações com pele mais clara ou em indivíduos com maior exposição. Pode também aumentar a incidência de lesões nos olhos, como as cataratas, e levar à fragilização do sistema imunitário.
- Desconhece-se a dimensão do problema da poluição atmosférica e o seu impacto na saúde. A monitorização da qualidade do ar, que permite a obtenção de informação relativa à concentração de poluentes (ozono, óxidos de azoto, monóxido de carbono, dióxido de enxofre, compostos orgânicos voláteis, entre outros), ainda não é feita de uma forma que, sistematicamente, permita o seu relacionamento com possíveis efeitos na saúde.
- A lista de substâncias monitorizadas para avaliar a qualidade do ar é extensa. Tome-se como exemplo, a situação relativa à poluição por ozono troposférico ocorrida em 2003. Até dia 10 de Setembro, e segundo os dados do serviço *Qualar* do Instituto do Ambiente (Base de Dados *On-line* sobre Qualidade do Ar), os níveis de ozono ultrapassaram os 180µg/m^3 ("limiar de informação" à população) um total de 249 horas, situação sem comparação com os anos anteriores. O limiar de 240µg/m^3, estabelecido como o novo "limiar de alerta" na Directiva 2002/3/CE, que revoga a legislação existente e que entrou recentemente em vigor em Portugal, foi mesmo excedido em 16 horas durante esse ano. Antes, o limiar de alerta era de 360 µg/m^3.
- Os altos valores podem ser parcialmente explicados pelas altas temperaturas que se fizeram sentir durante o mês de Agosto mas cabe às autoridades esclarecer a população sobre as outras causas (poluição atmosférica, circulação automóvel, combustões industriais, fogos florestais) e accionar os mecanismos de prevenção para proteger a população,especialmente, os grupos mais sensíveis, como crianças, idosos e pessoas com problemas respiratórios.
- Uma situação desta gravidade merece mais atenção por parte das autoridades comparativamente àquela que actualmente é dispensada. Não existe um sistema nacional de informação ambiental capaz de, em tempo real, informar os cidadãos e accionar os mecanismos de prevenção. Existem postos de medição espalhados pelo País, embora a maior parte deles estejam concentrados nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Norte e, dentro destas regiões, nas zonas urbanas de Lisboa e Porto. Compete às Direcções Regionais de Ambiente e Ordenamento do Território efectuar as medições e dar o alerta sempre que se excedam os limiares estabelecidos. No entanto, este alerta é feito através de canais generalistas, não visando os grupos de maior risco. Uma tal falta de informação e estruturação, assim como a inexistência de mecanismos de prevenção, constituem, neste momento, um risco para a saúde pública.

Aumento das doenças associadas ao consumo de água

- Com o aumento provável das doenças com origem na água, é necessário reforçar a vigilância e a monitorização dos parâmetros de qualidade das águas, com especial incidência nos indicadores microbiológicos.
- Tem aumentado a preocupação com as doenças relacionadas com a água (aumento da contaminação das águas doces superficiais por cianobactérias; aumento da contaminação das águas profundas por lixiviados, infiltrados de metais, organofosforados e outros contaminantes biológicos; aumento da ocorrência da doença dos legionários). Estas doenças têm sido alvo, nos últimos anos, de grandes preocupações a nível internacional[79],[80].
- A nível nacional, a elaboração do Plano Nacional da Água e do Plano de Abastecimento de Água com o apoio do Ministério da Saúde, procura reestruturar a gestão da água em Portugal.
- A identificação do perigo e a avaliação do risco relativo às fluorescências de cianobactérias tem sido condicionada pela inexperiência em metodologias de identificação destes microrganismos e das respectivas toxinas, a que acresce o facto de não haver valores paramétricos.
- A doença dos legionários tem vindo a assumir uma importância crescente, estando frequentemente associada a actividades de lazer e a viagens. No nosso País, para além da participação na rede europeia *EWGLI*, e da publicação de recomendações para os estabelecimentos turísticos, foi publicada legislação para o controlo da qualidade da água dos estabelecimentos termais, tendo-se vindo a promover as bases para a gestão do risco relacionadas com esta problemática.

Habitacão, edifícios e saúde

- Os problemas relacionados com a qualidade da habitação[81] não têm recebido, por parte das autoridades de saúde, a atenção que lhe é devida, não sendo, portanto, possível avaliar o seu impacto na saúde humana em Portugal.
- Esta qualidade, seja da construção, seja da manutenção dos edifícios, das infra-estruturas e dos equipamentos, está relacionada com potenciais fontes de doenças, mal estar e risco para a saúde e segurança das pessoas envolvidas, nomeadamente no que diz respeito às questões da iluminação, do ar e da ventilação naturais, da qualidade dos sistemas de ar condicionado e da iluminação artificial, do fornecimento de água, gás e electricidade e do conforto térmico ambiental. Os responsáveis directos por estes edifícios e serviços têm relegado muitas vezes estas questões para um segundo plano, o que tem gerado avisos sistemáticos de especialistas e acidentes graves pontuais, que tendem a aumentar.
- As habitações mais antigas e degradadas são principalmente habitadas pelas gerações mais velhas, tanto nos centros urbanos como no interior. A falta de condições de qualidade e adequação destas habitações é uma das razões para a maior institucionalização dos idosos. Esta situação tende a agravar-se com o envelhecimento progressivo da população portuguesa.

Riscos químicos e biológicos pouco regulamentados

- A colocação no mercado e a libertação no ambiente de organismos geneticamente modificados (OGM) é uma questão polémica, que causa preocupação, na medida em que

79 A nível da Região Europeia da OMS foi elaborado o Protocolo Água e Saúde, no âmbito da Convenção de Helsínquia, de 1992 - OMS, Protocolo Água e Saúde, Londres, 1999.

80 A nível da Comunidade Europeia nos últimos anos foram aprovados um conjunto de Directivas relacionadas com a água: Directiva 98/83/CE de 3 de Novembro relativa à qualidade da água destinada ao consumo humano, publicada no JOC n.º L 330/32 de 5 de Dezembro de 1998; Directiva 2000/60/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de Outubro de 2000 que estabelece um quadro de acção comunitária no domínio da política da água; Directiva 96/70/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 28 de Outubro de 1996 que altera a directiva 80/777/CEE do conselho relativa à aproximação das legislações dos Estados-membros respeitantes à exploração e à comercialização de águas minerais naturais, publicada no JOC n.º L 229/26 de 23 de Novembro de 1996; Draft Directive on the quality of Bathing Water: Directive 200Y/XXX/CE of the European Parliament and of the Council concerning the quality of Bathing Water, de 25 de Julho de 2001.

81 A habitação pode ser considerada como o conjunto de: um lar (um abrigo), uma casa (um grupo de pessoas a viver sob o mesmo tecto), uma vizinhança (o ambiente imediatamente envolvente) e uma comunidade (pessoas a viver na mesma área). Pretende-se estabelecer quais os elementos nestes quatro domínios que afectam a saúde das pessoas (compreendida no seu sentido mais vasto).

não estão ainda totalmente identificados os riscos que daí podem advir, a médio e a longo prazo. Não existe, também, consenso entre os vários sectores da sociedade envolvidos na discussão deste assunto (consumidores, associações ambientalistas e a própria indústria), relativamente aos benefícios que podem decorrer da sua utilização.

- A actividade de desinfestação não se encontra regulamentada, constituindo muitas vezes um perigo para a saúde pública e para o ambiente devido à utilização de produtos não autorizados para o efeito e à ausência de legislação que obrigue ao licenciamento e à regulamentação do exercício da actividade – cada vez mais generalizada – de aplicação de pesticidas (incluindo insecticidas, fungicidas, herbicidas, rodenticidas, protectores de madeira, desinfectantes).
- Existem muitas substâncias utilizadas na agricultura que têm influência sobre o sistema endócrino (disruptores endócrinos). Estas encontram-se em vários produtos, tais como:
    - Pesticidas: DDT, endosulfano, metoxicloro;
    - Herbicidas: atrazina, nitrofeno;
    - Fungicidas: benomil, mancozebe, tributil;
    - Nematocidas: aldicarbe, dibromilcloropropano.
- Algumas destas substâncias encontram-se interditas na Europa, como o DDT e o nitrofeno. No entanto, um escândalo recente na Alemanha relacionado com a descoberta de resíduos de nitrofeno, depois de esta substância estar banida há vários anos, leva a crer que o problema exceda, em grande medida, as previsões mais optimistas.
- A concentração máxima de resíduos resultantes da aplicação de muitas destas substâncias encontra-se fixada por lei. Os limites máximos adoptados em Portugal resultam da transposição de Directivas Comunitárias, embora os resíduos existentes no produto final para consumo humano sejam apenas um dos aspectos do problema. Este limiar pode estar a ser respeitado, ao mesmo tempo que se estão a dar fenómenos de bioacumulação de algumas destas substâncias em vários organismos da cadeia trófica. Por exemplo, a atrazina, um herbicida muito comum utilizado em culturas intensivas de regadio, como o milho, facilmente se acumula em organismos aquáticos. Através de fenómenos de lixiviação, esta substância pode ser lixiviada e vir a acumular-se em diversos grupos de animais como os bivalves.
- Vários efeitos sobre a saúde humana foram já comprovados em diversos trabalhos de investigação, tais como: a diminuição do número de espermatozóides no homem, contribuição para o desenvolvimento de cancro da mama nas mulheres, problemas no desenvolvimento, como a má coordenação e tamanho craniano reduzido em crianças, etc.

<u>Insegurança alimentar</u>

- Em estreita ligação com as práticas agrícolas, estão as questões da segurança alimentar.
- A alimentação é essencial à vida mas pode também ser um importante veículo de exposição a muitos agentes patogénicos e compostos químicos tóxicos.
- Estes contaminantes podem ser introduzidos nos alimentos durante o cultivo, a colheita, a produção, o armazenamento, o transporte e a preparação final. A inspecção e a monitorização da qualidade alimentar são, portanto, necessárias para assegurar a segurança alimentar.
- As doenças alimentares são uma ameaça crescente para a saúde humana, em particular para as pessoas mais pobres, as quais são também as mais vulneráveis devido à falta de alimento, à subnutrição e à dificuldade no acesso a produtos de qualidade.
- Muitos agentes químicos ou biológicos perigosos existentes nos alimentos são produzidos naturalmente pelos organismos no seu meio ambiente. Outros são inerentes aos próprios alimentos. Contudo, vários agentes perigosos são produzidos no processamento. Destacam-se os seguintes:
    - Agentes de origem animal: salmonela, priões proteicos (como a variante Creutzfeldt-Jakob ou a "doença das vacas loucas");
    - Agentes patogénicos com origem nos alimentos: *Campylobacter jejuni* (o agente patogénico mais comum na galinha), *Listeria monocytogenes* (contamina carne e vegetais);

    - Outros agentes patogénicos: *Salmonella enteritidis* (infecta os ovos ainda nos ovários das galinhas), *Escherichia coli* (presente nos intestinos do gado, geralmente transmitida pela carne de vaca);
    - Contaminantes industriais: dioxinas (formados a partir da combustão de resíduos e combustíveis, transmitidas através da gordura animal);
    - Substâncias químicas de uso agrícola: pesticidas, produtos de uso veterinário;
    - Alergéneos: muitas vezes presentes em amendoins ou nozes.
- As toxinfecções alimentares colectivas (TAC) são consideradas como um problema de saúde pública e a sua vigilância epidemiológica é um pilar importante de uma política integrada de Segurança Alimentar.
- Sem vigilância das TAC não é possível dar um contributo para os restantes pilares da Segurança Alimentar, nomeadamente para o componente legislativo e para os programas de monitorização da contaminação dos alimentos.
- A OMS aconselha os países membros a reforçar os sistemas de vigilância das TAC, considerando que aqueles sistemas são a base para a formulação de estratégias nacionais que contribuam para a redução dos riscos relacionados com os alimentos, dado que permitem a intervenção baseada na evidência. Neste sentido, Portugal tem um compromisso com a Região Europeia da OMS, dado que integra desde 1990 o Programa de Vigilância e Controlo das Toxinfecções Alimentares Colectivas (TAC), para o qual tem que contribuir com dados nacionais.
- Actualmente, encontra-se em vigor o Programa de Vigilância e Controlo das Toxinfecções Alimentares Colectivas[82].

<u>Riscos radioactivos não quantificados</u>

- As evidências actuais levaram à convicção de que a exposição a baixos níveis de radiação, especialmente durante longos períodos de tempo, oferece maior risco do que anteriormente tinha sido estimado.
- Foi adoptada a Directiva 96/29/EURATOM do Conselho que fixa as normas relativas à protecção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes, bem como a Directiva 97 43/EURATOM do Conselho que determina as medidas fundamentais relativas à protecção contra radiações das pessoas submetidas a exames e tratamentos médicos e que revoga a directiva 84/466.
- Para efeitos de implementação[83] das matérias relacionadas com a radiação, tanto a União Europeia, como a ONU, consideram como partes essenciais de uma infra-estrutura nacional:
    - a elaboração de legislação e regulamentos;
    - a definição de autoridades com poderes para autorizar, inspeccionar e fazer cumprir essa legislação;
    - a formação e treino de especialistas em protecção radiológica;
    - a acessibilidade a serviços que complementem as capacidades das organizações legais.
- As exposições radiológicas médicas continuam a constituir a principal fonte de radiações ionizantes artificiais a que os cidadãos da UE estão sujeitos.

---

82 Instituído através da Circular Normativa 14/DT de 09/10/2001 da DGS.

83 Em conformidade foram publicados os diplomas seguintes:

- Decreto-Lei nº 165/2002 de 17 de Julho que estabelece as competências dos organismos intervenientes na área da protecção contra radiações bem como os princípios gerais de protecção contra radiações ionizantes e transpõe para a ordem jurídica interna as disposições correspondentes da directiva 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de Maio 1996.

- Decreto- Lei nº 167/2002 de 18 de Julho que estabelece o regime jurídico relativo ao licenciamento e ao funcionamento das entidades que desenvolvem actividades nas áreas da protecção radiológica e transpõe para a ordem jurídica interna disposições relativas as matérias de dosimetria e de formação da directiva 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de Maio 1996.

- Decreto-Lei 174/2002 de 25 de Julho que estabelece as regras aplicáveis à intervenção em caso de emergência radiológica transpondo para a ordem jurídica interna as disposições do título IX, "Intervenção", da Directiva 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de Maio.

- Decreto-Lei nº180/2002 de 8 de Agosto que estabelece as regras relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes de radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas bem como os critérios de aceitabilidade que as instalações radiológicas devem obedecer quanto a planeamento, organização e funcionamento.

- As radiações não ionizantes constituem neste momento um putativo factor de risco com potencial dano desconhecido, pelo que se devem considerar as recomendações comunitárias neste domínio, tendo em conta a necessidade de protecção das populações, através da regulamentação, ordenamento da instalação de equipamentos, informação e educação das populações.
- Existem riscos para a saúde associados a minas abandonadas. Os impactos mais significativos fazem-se sentir a nível dos solos (deposição de poeiras radioactivas com metais pesados), dos recursos hídricos (escorrências superficiais e infiltrações de águas ácidas), do ar (emissão de gás radão e radiação gama), da paisagem, população, fauna e flora (redução da qualidade estética, inalação de radão, ingestão de alimentos contaminados, etc.).

Resíduos não recebem a atenção necessária por parte da saúde

- Tem havido uma intervenção limitada da saúde na problemática dos resíduos sólidos urbanos. A DGS contribui para a implementação das medidas de acção definidas no Plano Estratégico dos Resíduos Sólidos Urbanos (PERSU), publicado em 1996, em conjunto com o Instituto dos Resíduos (INR) e o Instituto de Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho (IDICT).
- Não têm sido cumpridas as metas de eliminação da produção de resíduos industriais (definidas no contexto do Plano Estratégico Sectorial de Gestão dos Resíduos Industriais (PESGRI), elaborado em 1999 e revisto em 2001).
- Os resíduos hospitalares[84] constituem um problema de saúde pública e ambiental, que determina uma crescente atenção na salvaguarda dos efeitos negativos que podem afectar as populações. O INR e a DGS procederam à elaboração do Plano Sectorial Estratégico dos Resíduos Hospitalares[85].

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Poluição do ar: melhorar a informação da população

- Proceder-se-á à implementação de um "plano de informação ao público sobre concentrações elevadas de ozono" e outros poluentes atmosféricos.
- Fortalecer-se-á o mecanismo de alerta e resposta adequada em caso de episódios de poluição atmosférica pelo ozono com vista a reduzir os níveis de exposição à poluição atmosférica. A qualidade do ar interior deve constituir, também, uma preocupação permanente no licenciamento das construções e sua licença de habitabilidade pelos efeitos que a curto e médio prazo acarreta na saúde e na qualidade de vida (ganhos em saúde) dos conviventes familiares ou colegas de trabalho.

Programar as acções necessárias pelo sector da saúde para reforço da qualidade da água

- Será elaborado um Programa Nacional Água e Saúde, que abarque, entre outros aspectos, a intervenção dos serviços de saúde neste domínio.
- Com o aumento provável das doenças com origem na água, serão reforçadas a vigilância e a monitorização dos parâmetros de qualidade das águas, com especial incidência nos indicadores microbiológicos.
- De forma a reduzir o risco de doenças relacionadas com a qualidade da água serão desenvolvidos métodos de vigilância sanitária adequados, tendo em consideração a avaliação de risco e a distribuição geográfica dos problemas (por exemplo: o Sistema de Informação em Saúde Ambiental (SISA), nos módulos relacionados com a água e

84 Resíduos Hospitalares são os resíduos produzidos em Unidades de Cuidados de Saúde, incluindo as actividades médicas de diagnóstico, prevenção e tratamento da doença, em seres humanos e animais, e ainda as actividades de investigação relacionadas (Decreto-Lei n.º 239/97 de 9 de Setembro e Portaria n.º. 818/97 de 5 de Setembro).O Despacho nº 242/96 de 13 de Agosto, do Ministério da Saúde, que se refere aos resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde a seres humanos, classifica os resíduos em 4 grupos, de modo a garantir uma separação selectiva na origem, que permitisse o recursos a tecnologias diferenciadas de tratamento, de acordo com o grupo em que o resíduo se inclui: resíduos hospitalares equiparados a urbanos: Grupos I e II; resíduos hospitalares de risco biológico: Grupo III; resíduos hospitalares específicos: Grupo IV.

85 Aprovado pelo Despacho conjunto n.º 761/99, de 31 de Agosto dos Ministros da Saúde e do Ambiente.

epidemiologia; rentabilização do sistema de Doenças de Declaração Obrigatória no que se refere às doenças relacionadas com a água; e reforço da utilização do SARA.).
- Promover-se-á a articulação intersectorial com vista a uma comunicação efectiva da informação no domínio da qualidade da água.
- De forma a reduzir a contaminação das águas doces superficiais por cianobactérias promover-se-á uma melhor articulação com o MCAOT no sentido de uma avaliação da situação nos recursos hídricos e da implementação de uma melhor gestão intersectorial.

Investir na divulgação da associação entre Habitação e Saúde

- É essencial conhecer, com maior rigor, a qualidade da habitação em Portugal, na perspectiva do impacto, na saúde e no bem-estar, dos seguintes aspectos: condições de higiene e acesso à água; estrutura e equipamento dos edifícios; ambiente e espaços comuns partilhados (condomínio, escadas, elevadores, garagens, caves, sótãos, depósitos de lixo, etc.), ou a imediata vizinhança das habitações (jardins, estacionamentos, estradas, zonas para crianças, etc.); qualidade do ar interior nas habitações; ruído; infestações e pragas; comportamento higiénico dos residentes.
- Da mesma forma é necessário conhecer e intervir junto dos ambientes internos onde se desenvolvem actividades laborais, de lazer e prestação de serviços ao público, com o objectivo de reduzir o impacto negativo que as situações prejudiciais à saude, como a qualidade do ar, da iluminação e do conforto ambiental, têm nos que utilizam estes edifícios.

Dar mais atencão aos riscos químicos e biológicos

- Os produtos biocidas para se manterem ou serem introduzidos no mercado serão objecto de avaliação de risco para a saúde humana, para a saúde e bem-estar animal ou para o ambiente, previamente à respectiva Autorização de Venda, conforme o definido pela Directiva 98/8/CE[86] relativa à colocação de produtos biocidas no mercado, e pela legislação nacional[87].
- Estabelecer-se-ão as regras a que devem submeter-se as entidades que pretendam exercer a actividade de desinfestação, com o objectivo da prevenção dos riscos e danos resultantes desse exercício e da salvaguarda da saúde humana e do ambiente.
- Desenvolver-se-á uma estratégia a nível nacional sobre desreguladores endócrinos (DE), de forma a promover-se uma intervenção concertada e uma rentabilização de meios, neste domínio, operacionalizada através da designação de um grupo de acompanhamento interministerial, cujo coordenador seja o ponto de contacto nacional.
- Investir-se-á na avaliação dos potenciais riscos para a saúde humana resultantes da colocação no mercado de produtos que contêm OGM, ao longo das várias fases da fileira ambiental e alimentar, nomeadamente reacções alérgicas, toxicidade e aumento de resistência aos antibióticos e microrganismos patogénicos. É também importante definir metodologias de vigilância epidemiológica, indicadores de saúde susceptíveis de serem contemplados num plano de monitorização, a médio prazo e promover formas de comunicação do risco.

Reforçar a segurança alimentar

- Serão capacitados os sistemas de controlo alimentar para fazerem um controle integrado e vocacionado para a prevenção.
- Será reforçada a capacidade dos sistemas de controlo da segurança alimentar em identificar, analisar e responder a situações de emergência.
- Desta forma, será reforçada a importância do Programa de Vigilância Epidemiológica das Toxinfecções Alimentares Colectivas, enquanto instrumento que conduza à rápida comunicação de uma TAC e forneça as orientações referentes à resposta a ser dada pelos serviços de saúde, nomeadamente no que respeita à investigação epidemiológica.

86 Directiva 98/8/CE, relativa à colocação de produtos biocidas no mercado.

87 Decreto-lei 121/2002 de 03 de Maio, Portaria 17980/1960 e Decreto-lei 294/88 de 24 de Agosto.

Agir de modo a prevenir os riscos radioactivos

- Serão desenvolvidas normas de protecção à radiação. A elaboração do anteprojecto de diploma que estabelece as normas de protecção dos trabalhadores expostos e da população em circunstâncias normais é indispensável, considerando tanto a exposição devida a práticas sujeitas a autorização prévia, como a exposição devida a fontes de radiação natural que sejam susceptíveis de criar um risco de exposição que não possa ser ignorado sob o ponto de vista da protecção contra radiações.
- De forma a reduzir as exposições radiológicas médicas:
    - providenciar-se-á a reformulação dos *curricula* de formação do pessoal envolvido nas exposições médicas;
    - será revisto o diploma que estabelece os rácios de equipamentos médicos pesados, tendo em vista a adequação dos recursos disponíveis às necessidades existentes, de assegurar uma melhor cobertura geográfica de unidades prestadores de saúde, prevenindo os riscos que uma deficiente instalação e utilização de equipamento médico pesado envolve para a saúde da população, quer pela especificidade dos meios usados, quer pelas características peculiares dos equipamentos de alta tecnologia;
    - será inventariado o parque radiológico médico.
- De forma a melhorar o desempenho da saúde no controlo das radiações não ionizantes, as prioridades que se nos apresentam passam pela documentação dos níveis de referência, para efeitos de avaliação da exposição a campos electromagnéticos, que se destinam a ponderar a conformidade das restrições básicas, relativas à exposição da população a campos electromagnéticos – a elaborar pelo grupo de trabalho previsto em Despacho[88]– e pela estruturação da respectiva resposta multi-institucional, sendo de realçar a necessidade de dotar os serviços do Ministério da Saúde com os meios para a intervenção desejável neste domínio.
- Em relação às explorações mineiras desactivadas, de forma a contribuir com uma perspectiva da saúde para os trabalhos que visam remediar as áreas ambientais degradadas, investir-se-á na colaboração da Saúde com a Comissão de Acompanhamento da Concessão, assim como no das subcomissões de avaliação.

Investir na gestão de resíduos

- Investir-se-á numa maior intervenção da saúde na gestão de resíduos sólidos urbanos. A problemática associada à gestão dos resíduos sólidos urbanos requer uma melhor harmonização, tanto na definição de critérios para avaliação de projectos, como nas diferentes intervenções das autoridades nacionais e regionais de saúde pública. A questão da co-incineração, em especial, e da gestão dos resíduos sólidos urbanos, em geral, precisam de um melhor enquadramento nas actividades das autoridades nacionais e regionais de saúde pública.
- Para além da monitorização efectuada às instalações de incineração de resíduos sólidos urbanos, é desejável um maior acompanhamento, por parte da DGS, na monitorização também de outras infra-estruturas de resíduos sólidos urbanos, nomeadamente dos aterros sanitários que se encontram em exploração, especialmente naqueles que têm apresentado problemas de funcionamento.
- Prevendo-se, a curto prazo, a implementação de várias unidades de valorização orgânica de resíduos sólidos urbanos, e o aproveitamento do composto na agricultura, é importante que a DGS preveja os mecanismos e a forma como controlar/fiscalizar a qualidade do composto e os impactos que a sua utilização no solo poderá ter para a saúde ambiental e a saúde alimentar.
- Investir-se-á numa melhor caracterização e quantificação dos resíduos industriais existentes e produzidos em Portugal, de forma a optar pela melhor solução de tratamento, entrando em linha de conta com os impactos sobre a saúde. Importa ter a caracterização ambiental de forma a avaliar o risco de exposição decorrente do não cumprimento das

88 Despacho conjunto n.º 8/2002 de 7 de Janeiro - Cria um grupo de trabalho interministerial ao qual compete analisar os efeitos das radiações electromagnéticas, de frequência entre os 0Hz e os 300GHz na saúde humana, bem como definir as limitações para a emissão de tais radiações.

metas, e que sejam estabelecidos planos de monitorização do risco das soluções que vierem a ser adoptadas. Associar medidas de redução da produção destes resíduos, tais como a adopção das melhores tecnologias disponíveis, o desenvolvimento do rótulo ecológico, a implementação de sistemas de gestão ambiental e da política integrada relativa aos produtos.

- Será reforçada a fiscalização/controlo de todos os operadores de gestão de resíduos hospitalares, públicos e privados, e as várias etapas, onde se inclui não só o tratamento, mas também o transporte, a contentorização e o armazenamento. Estas entidades devem assegurar que todos os diferentes operadores funcionem nas melhores condições, em termos de saúde e ambiente, deixando contudo que o sector seja regulado pelo mercado.
- Será elaborado um Programa Nacional para a Prevenção dos Resíduos Hospitalares, que preveja uma caracterização da situação actual, as rápidas mudanças e tendências que se estão a verificar, nomeadamente pela adopção de muitos produtos descartáveis, e as consequências em termos ambientais e de saúde. Este programa poderá constituir uma base de apoio para ajudar os profissionais de saúde a escolher os dispositivos médicos e outros produtos a comprar para as unidades de saúde. Nele será dada especial atenção à possibilidade de utilização, em certos casos, de dispositivos médicos e outros produtos reutilizáveis, e ao papel fundamental dos serviços de Saúde em todo este processo. Será elaborada uma base de dados, a integrar no SISA, no sentido da avaliação da produção dos resíduos hospitalares.
- Promover-se-á formação na área dos resíduos e saúde, assim como a realização de um curso de formação de formadores, na área dos resíduos, com uma vertente sobre resíduos hospitalares.
- Por último, a saúde tem de contribuir para a requalificação de incineradores e para a concretização das metas estabelecidas no Plano Sectorial Estratégico dos Resíduos hospitalares[89].

Saúde ocupacional

Situação actual

Conhecimento deficiente sobre a situação actual

- Não é possível, de momento, proceder à monitorização, com a fiabilidade necessária, da incidência de doenças profissionais e apurar, assim, os ganhos em saúde nesta área.
- Existem dados insuficientes sobre a organização de serviços de saúde e segurança ocupacional. Estando em curso um inquérito com a finalidade de determinar a cobertura de SH&ST, os dados já disponíveis relativamente ao sector público, quando ainda faltam responder 41% das instituições, permitem concluir que, dos respondentes, 10% possuem serviços de higiene e segurança. Destes, 81% correspondem a serviços próprios e os restantes a serviços externos. Em relação ao sector privado – unidades privadas de saúde com internamento – responderam até à data 6, tendo 4 optado pela modalidade de serviços externos e 2 pela modalidade de serviços internos.
- Não existe qualquer informação organizada sobre exposição a factores de risco profissionais, indicadores de mortalidade relacionados ou conhecimento de programas específicos de prevenção. Note-se que esta falta de informação é válida até para doenças como a silicose ou a surdez profissional.
- Não é conhecida qualquer informação sobre a saúde e segurança dos trabalhadores imigrantes (estimam-se em, pelo menos, 10% da população activa).
- Não é conhecido qualquer indicador sobre o controlo de conformidade da aplicação da legislação de serviços de higiene e segurança no trabalho.

89 Aprovado pelo Despacho conjunto n.º 687/98, de 8 de Setembro dos Ministros da Economia, da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, da Saúde e do Ambiente.

Cobertura limitada pelos serviços de saúde

- A saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho é, para além de uma matéria laboral, económica e de saúde, um assunto que exige responsabilidade social e cidadania, pelo que implica uma maior atenção e envolvimento de diversos parceiros sociais, incluindo a Administração Pública. Ainda se mantém uma perspectiva legal e culpabilizante na cultura da prevenção dos riscos profissionais, em detrimento de uma perspectiva de promoção da saúde no local de trabalho.
- Para além de um projecto (limitado) de promoção da saúde no local de trabalho, não são conhecidos programas concretos de intervenção na área da saúde ocupacional. A aplicação nacional do programa europeu de locais de trabalho saudáveis é apenas "simbólica".
- Apesar da responsabilidade atribuída ao Serviço Nacional de Saúde, não existe, há quase 10 anos, qualquer esboço de intervenção do Serviço Nacional de Saúde em determinados grupos de trabalhadores (e.g. trabalhadores independentes. agricultores. serviço doméstico).
- A cobertura de serviços de higiene e segurança no trabalho nos departamentos dependentes do Ministério da Saúde (quase 130.000 trabalhadores) é, digamos, diminuta. Assinale-se que os trabalhadores referidos no ponto precedente são mais de 1/3 da população activa civil empregada.
- As únicas campanhas de saúde e segurança (perigos específicos) levadas a efeito são as "importadas" da União Europeia.
- Não são conhecidos quaisquer incentivos financeiros a quem investe em Saúde e Segurança no Trabalho.
- A (des)coordenação interinstitucional entre departamentos ministeriais na área dos serviços de higiene e segurança no trabalho é, no mínimo, insuficiente.
- A certificação de produtos e serviços é muito insuficiente.
- A formação e informação em serviços de higiene e segurança no trabalho são muito insuficientes.
- Devido ao deficiente apoio ao seu desenvolvimento e funcionamento, os Centros Regionais de Saúde Pública têm tido uma acção insuficiente na saúde ocupacional.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Melhorar o conhecimento sobre a situação actual

- Talvez o aspecto mais importante no domínio da necessidade de intervenção se situe na melhoria da informação e dos conhecimentos em matéria de saúde ocupacional, uma vez que tal acção é promotora de intervenções eficazes em matéria de saúde e de sistemas de saúde eficientes e no desenvolvimento de indicadores apropriados. Essa informação seria destinada ao grande público, aos profissionais de saúde e às autoridades responsáveis pela saúde.
- Será por isso desenvolvido um sistema que conduza ao conhecimento actualizado de elementos essenciais à planificação de acções, como: a realidade da prestação dos cuidados, a dimensão dos riscos profissionais, os resultados das acções interventivas, o diagnóstico das doenças profissionais, as consequências dos acidentes de trabalho ou as exigências ao nível de formação de técnicos e da sensibilização de trabalhadores.

Desenvolver um Programa Nacional de Promocão e Proteccão da Saúde nos Locais de Trabalho

- É inadiável o desenvolvimento de um Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde nos Locais de Trabalho que, coordenado por um grupo gestor, desenvolva e avalie, acções concretas com objectivos específicos.
- Promover-se-á o envolvimento, de forma mais activa, dos serviços de saúde, em particular os dos Centros Regionais de Saúde Pública, no apoio e incentivo às empresas das respectivas regiões, não só para que cumpram os requisitos legais em matéria de higiene, saúde e segurança, mas também para que contribuam para que os trabalhadores adoptem estilos de vida mais saudáveis.

- Assegurar-se-á que os serviços de saúde, públicos e privados, incluindo institutos e serviços centrais, organizem os Serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho[90] de forma a incentivar o cumprimento, por parte destas instituições e serviços, das normas legais sobre higiene, segurança e saúde no trabalho, garantindo a avaliação e registo actualizado dos factores de risco e a planificação das acções conducentes ao seu efectivo controlo, bem como a existência de recursos humanos com competência e qualificação adequadas.
- No âmbito dos Centros Regionais de Saúde Pública, constituir-se-ão equipas para a realização das vistorias e auditorias previstas na lei, integrando os serviços de saúde pública e os serviços do Instituto de Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho e da Inspecção-geral do Trabalho[91].

Capacitar o sistema de saúde para a inovação

Política de recursos humanos

Desenvolvimento e gestão de recursos humanos

Situação actual

Informação incompleta e desactualizada sobre as características e a distribuição dos recursos humanos

- A informação disponível, embora vasta, está incompleta visto não permitir, por exemplo, estimativas dos activos da saúde em termos de equivalentes a tempo inteiro e estimativas de taxas de absentismo por causa.
- Não tem também permitido responder atempadamente e com o rigor desejado às actuais necessidades de planeamento.
- A complexidade e o grau de variabilidade do sector da saúde, evidenciados pelas reformas em curso, acentuam as insuficiências da informação disponível.

Défice de profissionais de saúde e assimetrias na sua distribuição regional

- Num processo de produção em que as novas tecnologias não são substitutivas de mão-de-obra, como sucede noutro tipo de organizações, é reconhecida a carência de profissionais, ainda que com assimetrias sectoriais e regionais – nomeadamente de enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, assistentes sociais – que se assume como sendo um dos obstáculos ao desenvolvimento dos projectos de saúde que se pretendem concretizar.
- Relativamente ao pessoal médico, embora o número não se afaste da média de habitantes por médico dos países europeus, verifica-se uma má distribuição por especialidade, com carências marcantes nas carreiras de clínica geral e saúde pública, bem como em algumas especialidades hospitalares, nomeadamente psiquiatria, anestesia, obstetrícia e pediatria.
- A concentração de médicos e enfermeiros nos estabelecimentos de saúde do litoral, nomeadamente em Lisboa, Porto e Coimbra, tem conduzido a problemas de escassez destes profissionais nos serviços da extrema periferia, com a consequente dificuldade de resposta às solicitações das populações que servem.

90 Decreto-Lei n.º 488/99 de 17 de Novembro - Define as formas de aplicação do regime jurídico de segurança, higiene e saúde no trabalho à Administração Pública e revoga o Decreto-Lei nº 191/95, de 28 de Julho.

91 Portaria n.º 467/2000 de 23 de Abril.

Necessidade de revisão do elenco de profissões de saúde em relação à evolução das necessidades de saúde dos cidadãos, das técnicas assistenciais e à implementação de novos modelos organizacionais

- O aparecimento de novas doenças e de novas formas de diagnóstico, a par da evolução tecnológica determinam, entre outros aspectos, conteúdos funcionais inadequados de algumas profissões da saúde ao nível dos cuidados diferenciados e ao nível dos cuidados primários.
- Por outro lado, o desenvolvimento pretendido dos cuidados primários e continuados determinam novas carências de profissões até agora pouco utilizadas.
- Novas formas de pensar o hospital do futuro fazem também antever a necessidade de começar a repensar as profissões hospitalares, em linha com o que se está já a fazer noutros países europeus.

Sistema remuneratório não associado ao desempenho, desligado do cumprimento de objectivos

- Tendo por base quase exclusivamente o horário de trabalho, o regime de remuneração vigente não permite uma diferenciação positiva, que tenha em linha de conta a qualidade e quantidade de trabalho. Tal situação tem fomentado o recurso a horas de qualidade ou horas extraordinárias, conduzindo a modelos, na maioria dos casos, mais caros, mas sem os correspondentes benefícios para a saúde das populações.
- Enquadrado pela dificuldade de inovação na Administração Pública, surgiu, em 1998, o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Clínica Geral[92], que aplica o princípio de relacionar o pagamento dos profissionais, pelo menos em parte, à quantidade e qualidade do desempenho. Verifica-se a coexistência de dois regimes laborais distintos:
- A entrada em vigor do novo regime jurídico da gestão hospitalar[93] e a consequente transformação de alguns hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, coloca questões sobre as implicações da mudança da sua natureza jurídica, nomeadamente no que diz respeito a carreiras, vínculos, antiguidades e opção voluntária dos actuais recursos humanos pelo contrato individual de trabalho.
- Simultaneamente, a manutenção da relação jurídica de emprego público nesses estabelecimentos de saúde, relativamente aos profissionais que já aí prestavam serviço e entendem manter o estatuto jurídico anterior, coloca questões sobre a equidade de tratamento, entre outros, relativamente a horários, regimes de trabalho, horas extraordinárias e incentivos.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Desenvolver um sistema de informacão integrado

- Será desenvolvido um sistema de informação dos recursos humanos da saúde que permita um conhecimento rigoroso e actualizado das características e da distribuição dos recursos humanos e a previsão de necessidades, a curto e médio prazo, tendo em vista a correcta definição de uma política de recursos humanos.
- Para tal, serão apoiadas medidas no sentido de promover projectos interinstitucionais de cooperação entre os organismos do Ministério da Saúde e as instituições do Ministério da Educação.
- Será reforçado o investimento num sistema de informação nacional de recursos humanos, nomeadamente na aplicação RHV (Recursos Humanos e Vencimentos), desenvolvida pelo IGIF, levando à sua permanente actualização e à sua utilização generalizada. Introdução de mecanismos que permitam normalizá-lo segundo regras de utilização homogéneas a divulgar pelos diferentes serviços e organismos do Ministério.

92 Simultaneamente, foram feitos alguns esforços por alargar esta reflexão a outras profissões na saúde e se experimentavam também outras formas de remuneração no hospital, sobretudo associadas aos programas de recuperação de listas de espera.

93 Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro - Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

Adequar a oferta, em quantidade e qualidade, de profissionais de saúde às necessidades dos cidadãos e do Sistema de Saúde

- Será desenvolvido um plano estratégico para a formação em parceria com o Ministério da Ciência e Ensino Superior, entre outras entidades, e propostas medidas para a resolução de carências de bacharéis e licenciados a curto e médio prazo.
- Serão reconhecidas e devidamente valorizadas as profissões emergentes necessárias ao desenvolvimento da prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação com qualidade e efectividade, definindo-se de forma flexível e dinâmica o elenco de profissões que nela contribuem a cada momento e ao longo do tempo. Existe igualmente a necessidade de se definirem as carreiras destes profissionais, como é o caso da farmacêutica, aumentando a sua utilidade, autonomia e responsabilidade.
- Serão corrigidas as carências mais graves e as assimetrias regionais na distribuição de recursos humanos no SNS, de forma a proporcionar mais e melhores cuidados de saúde e em condições de igualdade, a todos os cidadãos, nomeadamente:
    - através da atribuição de estímulos e incentivos aos profissionais com a intenção de captar quadros para sectores e áreas geográficas com carências maiores. Igualmente, dever-se-á sistematizar um sistema de previsão de carências de profissionais que permita, com antecipações de 10 anos, prever o tipo e número de especialistas necessários;
    - apesar das medidas implementadas, decorrentes da aplicação da legislação[94], que prevê a colocação de médicos em estabelecimentos e especialidades carenciados, afigura-se necessário encontrar soluções mais abrangentes e que melhor se ajustem, não só às necessidades concretas de cada região, mas também à própria tipologia dessas carências e às actividades a serem desenvolvidas;
    - pretendendo-se, por isso, a aprovação de um novo projecto de diploma, que proporcione estímulos e incentivos aos profissionais de saúde colocados em serviços carenciados e tenha em conta a natureza jurídica dos diferentes estabelecimentos e a relação jurídica de emprego aplicável.

Proceder à adequação dos sistemas remuneratórios

- A adesão ao RRE, até agora limitada, será formalmente avaliada, de modo a que a sua generalização se possa fazer de uma forma adequada.
- Serão estudados os sistema remuneratórios das carreiras dos profissionais da saúde e desenvolvidos novos modelos remuneratórios ligados ao desempenho que associam a remuneração ao trabalho produzido, à responsabilidade efectiva e a outros factores de medida de valor do trabalho, a par de novas formas de organização dos profissionais.
- Os regimes remuneratórios deverão contribuir para a fixação e captação dos melhores profissionais no SNS, desencorajando práticas de desvio de doentes e concorrência desleal.

Inovar o enquadramento jurídico

- Serão acompanhadas as reformas do SNS em curso, bem como as implicações decorrentes do novo regime de gestão dos serviços e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, preparando e propondo orientações sobre o novo enquadramento jurídico em matéria de recursos humanos.

Desenvolvimento profissional contínuo

Situação actual

Défice de planeamento, controlo e avaliação da formação no MS

- A falta de estudos de diagnóstico e de avaliação globais constitui, desde logo, um dos indicadores mais representativos da actual situação da formação no MS, caracterizável,

94 Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril – Estabelece as condições em que podem ser prorrogados os contratos administrativos de provimento do pessoal médico que inicie o respectivo internato complementar após a data de entrada em vigor do presente diploma.

essencialmente, a partir de um "conhecimento empírico", resultante de uma experiência acumulada pelos serviços, e ainda por relatórios e outros documentos elaborados pontualmente por diferentes entidades.
- Por outro lado, assiste-se ao desenvolvimento de iniciativas de formação não articuladas entre si e com as estratégias nacionais, regionais e locais e cujo impacto na melhoria do funcionamento dos serviços se desconhece, por parte dos serviços centrais, desconcentrados e dos próprios estabelecimentos de saúde.

Indefinição de papéis e de competências
- São vários os actores e entidades do MS envolvidos na produção de formação dirigida aos activos da saúde, num contexto em que papéis e competências em matéria formativa não estão claramente explicitados e/ou são, com frequência, ambivalentes.
- Trata-se de uma situação que traduz não só uma gestão pouco racional de energias e recursos mas, também, fundamentalmente, um grave impedimento a uma adequada operacionalização das mudanças e das estratégias que se pretendem para a saúde.
- Paralelamente, a acreditação das estruturas formativas das diferentes entidades do MS é feita mediante um sistema burocrático, pouco fiável e pouco credível que não garante o exercício de funções formativas de acordo com parâmetros de qualidade e de gestão modernas.

Formação não orientada para as necessidades
- A ausência de um planeamento anual e plurianual da formação do MS reflecte-se ainda numa oferta formativa não enquadrada num referencial claramente definido em função das necessidades efectivas do desenvolvimento dos serviços e das competências-chave para as mudanças desejadas.
- Prevalece uma lógica de interesse temático, que se concretiza na reprodução de "textos formativos" descontextualizados, em detrimento de uma lógica de desenvolvimento estratégico dos recursos humanos, assente em soluções de formação promotoras de uma estreita ligação entre a formação e as necessidades actuais e futuras do exercício profissional e do funcionamento das organizações.
- Particularmente deficiente é a formação de profissões de apoio como os auxiliares de acção médica e administrativos.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Melhor planeamento da formação no MS
- A optimização dos recursos humanos da saúde através da formação será enquadrada numa estratégia de formação, que:
    - preveja uma cooperação e intervenção articulada das várias entidades da saúde, em particular, dos organismos centrais;
    - se integre com uma gestão de recursos técnico-financeiros adequada e controlada, que exija uma avaliação e medida do impacto das iniciativas no desempenho das organizações, visando a identificação e disseminação de práticas eficazes e eficientes, na gestão dos recursos humanos e na implementação de mudanças desejadas.
- Por outro lado, o planeamento anual a desenvolver conferirá especial atenção à adequação dos planos formativos dos serviços desconcentrados às estratégias globais da saúde e dos serviços.
- Será criada uma instância com responsabilidades nos âmbitos acima referidos, dada a complexidade e premência das mesmas.

Definir com rigor papéis e competências
- Será redesenhado o sistema formativo no MS, de forma a estabelecer de forma clara e inequívoca papéis e competências das diferentes entidades em matéria de formação, assim como domínios específicos de colaboração e intervenção conjunta, no quadro das prioridades definidas para a saúde.

- Não basta clarificar quais os âmbitos específicos e partilhados de actuação sendo necessário garantir que as estruturas formativas das várias entidades respeitarão parâmetros de qualidade e de gestão para a formação, o que pressupõe uma revisão do sistema actual de acreditação, visando uma alternativa mais fiável e credível.

Promover uma formação orientada para as necessidades

- Será apresentada uma estratégia de formação, enquadrada numa estratégia nacional para o sector da saúde e operacionalizada, em primeira instância, num plano anual de formação. Isto é indispensável para assegurar a coerência das iniciativas de formação no MS, tal como a sua capacidade de resposta às necessidades decorrentes dos programas da saúde e do funcionamento dos serviços.
- Os níveis de especificidade, atribuições e de conteúdo das "especialidades" nas profissões de Sáude serão continuadamente renovados e adaptados ao contexto do mercado de trabalho Europeu, com especial incidência nos médicos, enfermeiros e outros técnicos superiores de saúde, sendo necessário reconhecer para tal a especial contribuição das Ordens.
- No contexto de uma orientação global para a formação, serão definidos referenciais claros, que contemplem padrões de qualidade e de gestão para a formação assim como competências profissionais gerais e específicas, articuladas em perfis de desempenho e adequadas ao exercício da actividade profissional.
- À semelhança do Reino Unido (que criou a "universidade do SNS", essencialmente para investimento no pessoal não clínico) serão criadas metas de investimento em formação de auxiliares de acção médica, administrativos, em aspectos considerados mais importantes (por exemplo: capacitação para comunicação com doentes, aspectos éticos, aspectos técnicos). Será ainda promovida formação sobre o próprio Serviço Nacional de Saúde, contemplando aspectos como a compreensão da evolução dos sistemas públicos de saúde, a evolução do nosso sistema, o enquadramento na administração pública, as carreiras profissionais públicas, razões para a evolução e o que se passa actualmente, etc.

Gestão da informação e do conhecimento

Sistema de informação

Situação actual

Conceptualização inadequada do sistema de informação da saúde

- O sistema de informação da saúde apresenta um quadro desagregado e descentralizado, heterogéneo nas soluções e plataformas aplicacionais utilizadas, não se descortinando a existência de um modelo de dados global e coerente nem de políticas tendentes à normalização dos processos de TIC.
- Neste sentido, o secretariado técnico de sistemas de informação (SETESI), criado no âmbito do apoio necessário ao Alto-Comissário da Saúde, no que respeita à monitorização necessária dos ganhos de saúde, tem tentado cumprir esse papel coordenador, com grandes resistências, o que não têm permitido o seu funcionamento como previsto na lei.
- Por outro lado, a legislação que regulamenta algumas das actividades associadas ao sistema de informação, nomeadamente a que regulamenta as DDO, está desactualizada.
- Quanto à vigilância epidemiológica:
    - é uma responsabilidade partilhada entre várias instituições do Ministério da Saúde;
    - é ainda regulamentada por uma legislação antiquada (de 1949), mal coordenada, que tem uma base essencialmente clínica, fazendo pouco recurso de dados laboratoriais, sendo demasiado rígida nas respostas previstas às ameaças representadas pelas doenças transmissíveis;
    - ainda não faz pleno uso das novas tecnologias de informação e negligencia as doenças crónicodegenerativas, os problemas ambientais e as práticas médicas, entre outras.

- Os Centros Regionais de Saúde Pública e os Laboratórios de Saúde Pública não têm recebido os apoios necessários de forma a garantir que as suas actividades tenham importantes reflexos no controlo das doenças sob vigilância.
- Os registos nacionais (nomeadamente o de anomalias congénitas no INSA) e, mais especificamente, os Registos Oncológicos Regionais (ROR) são um instrumento essencial de vigilância epidemiológica, mas ainda não têm a instrumentalidade efectiva para esboçar um retrato objectivo e atempado da situação do problema que monitorizam.
- Os sistemas sentinela não têm, no contexto dos sistemas de informação existentes, recebido a atenção necessária.

Qualidade indefinida da informação
- Do ponto anterior, resulta ser claro que é tarefa árdua a definição rigorosa do nível de qualidade da informação existente para gerir o SNS.
- As estatísticas de mortalidade continuam a ter uma fraca qualidade, cujas causas estão identificadas.

Falta de normalização de conceitos
- A falta de normalização de conceitos estatísticos tem impacto negativo directo na gestão da meta-informação da Saúde.
- Como exemplos, refira-se a inexistência de indicadores normalizados, de uma tabela central de instituições e a evolução de estruturas de dados não geridas directamente pelas estruturas do Ministério.

Coordenacão deficiente da recolha e análise de dados, divulgacão de informacão e apoio à decisão
- Como exemplo desta deficiente coordenação refira-se que, para obter informação sobre os recursos e a actividade dos hospitais, foi desenvolvido um instrumento de notação, numa parceria INE/DGS para a recolha anual de dados dos hospitais. Ao mesmo tempo, esta informação reside noutros sistemas geridos pelo Ministério, nomeadamente na informação produzida e gerida pelo *Sonho*, pelo RHV e pelo agrupador de GDH.
- Os mesmos problemas fazem-se sentir em relação aos centros de saúde, agravados pelo facto do nível de informatização dos sistemas de informação ser muito inferior ao dos hospitais.

Importância das emergências em saúde pública
- As emergências em saúde pública assumiram uma nova dimensão depois do 11 de Setembro de 2001. Até então, não era imaginável que a situação de saúde fosse influenciável pela libertação deliberada de agentes microbiológicos patogénicos na natureza. Por isso, para além da vasta experiência acumulada que os serviços de saúde pública detêm, desde há muito, no processo de identificação e gestão de riscos que ameaçam a saúde humana, têm de estar agora preparados para responder rapidamente a alertas no seguimento de ameaças terroristas ou de situações decorrentes de catástrofes naturais, que envolvem necessariamente os serviços de protecção civil.

Incipiente e inadequada recolha de informação sobre e para a prestação de cuidados de saúde
- A Informação sobre a prestação de cuidados a nível de cada unidade de saúde e até ao nível de cada profissional individualmente (seja informação de natureza clínica, qualitativa e quantitativa) é igualmente importante. A recolha de dados é hoje feita de forma manual em muitas circunstâncias, e, por exemplo, mesmo os ROR, embora informatizados, são preenchidos *a posteriori*, com base em processos de papel muitas vezes ilegíveis.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Proceder à conceptualização do sistema de informação da saúde
- A coordenação dos sistemas de informação é uma função essencial. Nesse sentido, serão estabelecidas as necessárias linhas de orientação, de emanação central, para que de

modo descentralizado se promova a compreensão global do nível de saúde das populações e a adopção de medidas necessárias ao seu bem-estar, onde se incluem:

- a monitorização da produtividade, da eficácia, da eficiência e da qualidade dos programas e serviços de saúde;
- a identificação de situações de risco para a saúde;
- a monitorização e correcção de metas para a saúde, definidas nos programas estratégicos do Governo;
- a vigilância epidemiológica das doenças infecciosas, das doenças crónicas assim como de outras de carácter social;
- a contribuição para o desenvolvimento de mecanismos adequados à colaboração intersectorial e interinstitucional, para melhor garantir uma gestão racional do conhecimento da área da saúde em Portugal.

Conhecer a qualidade da informação

- Para as estatísticas melhorarem a sua qualidade, foi iniciado, em 2000, e a ter continuação, um projecto de melhoria das estatísticas de mortalidade, com o objectivo de, até 2005, a mortalidade por Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas diminuir de 13% para 5%. Para tal, introduziu-se um novo certificado de óbito onde serão aplicados novos circuitos de transmissão dos dados e onde se fez a transição para a CID 10 a partir de 1 de Janeiro de 2002.
- Impõe-se a melhoria da formação dos médicos relativamente ao preenchimento dos certificados de óbito, à introdução de processos sistemáticos de controlo de qualidade e validação dos dados e, no mais breve trecho possível, à automatização da codificação, com a introdução de múltiplas causas de morte. Isto é particularmente importante para dar maior relevo à co-morbilidade associada à causa básica de morte, tão frequente na fase actual da transição epidemiológica. O melhor preenchimento de campos, geralmente deixados em branco, como o da ocupação, permitirá uma análise mais refinada das desigualdades em mortalidade.

Normalizar conceitos

- As actividades do Grupo de Trabalho para a normalização de conceitos serão reactivados no sentido dos conceitos definidos e, entretanto, aprovados pelo Conselho Superior de Estatística passarem a ser os conceitos nacionais e, portanto, aqueles que serão utilizados nas estatísticas nacionais.
- Por outro lado, e ainda na sequência daquele trabalho, será elaborada a definição dos indicadores, tendo em atenção os diferentes níveis de utilização das estatísticas referentes à actividade das Instituições de Saúde. Serão também prosseguidos os trabalhos de integração dos conceitos de Saúde Mental, que serão posteriormente apreciados pelo Conselho Superior de Estatística.
- Finalmente, proceder-se-á ao estudo das implicações que terá a introdução no glossário de conceitos referentes, quer aos meios de produção, nomeadamente os recursos humanos e financeiros, quer à Saúde Pública, no sentido de futuramente existir um Glossário abrangente de termos, a usar quando se estudam os problemas da Saúde.

Proceder à coordenação e modernização dos processos de recolha e análise de dados, divulgação de informação e apoio à decisão

- Será priorizado o desenvolvimento da análise de informação por meios que permitam o rápido reconhecimento de padrões e tendências (como, por exemplo, a que recorre a Sistemas de Informação Geográfica e à análise espacial) reconhecendo-os como instrumentos fundamentais na administração da saúde da comunidade, particularmente nas áreas da vigilância epidemiológica e da gestão dos recursos (por ex., referenciação hospitalar).
- Serão normalizados sistemas de apoio à gestão, porventura de aplicação mais particular e específica.
- Nas direcções centrais e nas ARS estabelecer-se-á a acessibilidade em linha a documentos técnicos, estatísticos e normativos publicados em vigência, assim como o desenvolvimento da capacidade de difusão por correio electrónico.

Desenvolver um plano de contingência para emergências de saúde pública

- Será desenvolvido um plano de contingência que vise o rápido acesso a indicadores de alertas que permitam responder de uma forma célere e apropriada a situações de emergência.
- Este sistema de alerta será compatibilizado com a rede europeia *BICHAT*, com o plano de contingência para a saúde/bioterrorismo[95] e com outras situações, cuja ocorrência é previsível, e que carecem de formulação de planos exequíveis de intervenção (determinados surtos epidémicos – gripe, SRA, ondas de calor e outros riscos ambientais).
- O Sistema de Alerta e Resposta Apropriada (SARA) será fortalecido de forma a integrar este plano de contingência como o mecanismo fulcral de lançamento de alertas e de difusão atempada das respostas adequadas.

A emergência da informação sobre e para uma melhor prestação de cuidados de saúde

- A melhor forma de impor conceitos normalizados e coordenação dos fluxos informativos, não é a descrição detalhada dos mesmos mas a prossecução de uma política de recepção de informação sob formatos digitais pré-formatados e de preenchimento estruturado em vez de campo de texto livre. Assim, serão estudadas soluções adequadas para a implementação desta prática, que podem passar pela adopção de políticas de transferência de fundos centrais para as unidades prestadoras apenas e sempre contra recepção da informação exigida e devidamente formatada, como tem sido feito com sucesso em outros países.
- A implementação de um sistema de informação sobre a prestação de cuidados será centralizada, dada a dimensão e funcionamento do sistema de saúde português, podendo por isso ter uma única base de dados administrativa sobre a qual se constroem duas outras intercomunicantes:
    - uma, clínica sob episódios agudos (emergências, hospitalizações, investigações clínicas limitadas no tempo) – que surge ao utilizador de cada unidade hospitalar;
    - outra, de cuidados continuados (centro de saúde, consultas de referência, cuidados continuados) que surge ao profissional de saúde responsável pelo doente e assistente social.

Infra-estrutura informática do sistema de informação

Situação actual

Desactualização das infra-estruturas informáticas

- A base estrutural do sistema de informação da saúde é constituída pelas aplicações *Sinus*, *Sonho* e *Cartão de Utente*.
- Estas aplicações estão actualmente desadequadas do ponto de vista funcional e tecnológico, e embora tenham tido um papel pedagógico relevante, na introdução de meios informáticos na Saúde, apresentam hoje fragilidades, principalmente relativas à informação disponível para a gestão.
- A informação não tem sido utilizada para gestão do sistema de uma forma global.

Implementacão limitada do *Sinus*

- O *Sinus* está implementado em praticamente todas as extensões e centros de saúde do País, na vertente administrativa, abrangendo: o registo de contacto dos utentes; o agendamento electrónico das consultas; o registo da vacinação.
- O alargamento do *Sinus* a outros módulos, como seja o módulo clínico e módulo de enfermagem, tem sido obstruída pela implementação incompleta de infra-estruturas locais de redes informáticas abrangendo os gabinetes dos profissionais de saúde de todos os centros e extensões de saúde.

95 Aprovado por Despacho do Ministro da Saúde, de 31 de Julho de 2002, publicado no DR de 26 de Agosto de 2002 e divulgado aos profissionais de saúde através da Circular Normativa da DGS 12/DT, de 2 de Setembro.

Normalização do *Sonho*

- O *Sonho* está implementado em mais de noventa estruturas hospitalares do País.
- No entanto, quando se pretende a ligação dos dados dos hospitais ao Sistema de Informação das ARS (SIARS), o processo não facilita a passagem automática e a transferência e carregamento automático da informação. Tal facto deve-se à ausência duma política de normalização e estruturação de certos conteúdos a níveis nacional e regional.
- Tal como o *Sinus*, o *Sonho*, está implementado de uma forma padronizada, particularmente na vertente administrativa. A implementação dos módulos clínicos limita a sua utilização para fins comparativos.

Utilização limitada do potencial associado ao cartão de utente

- O *Cartão de Utente* está implementado nacionalmente, abrangendo perto de 100% dos utentes do SNS.
- Também este projecto estrutural apresenta algumas fragilidades. Como exemplo da necessidade de se actualizar funcionalmente o Cartão de Utente, está a aplicação do Despacho Ministerial[96] sobre o atendimento de cidadãos estrangeiros nos serviços oficiais de saúde e entidades convencionadas com o SNS, não possuindo o Cartão de Utente qualquer informação que permita identificar os cidadãos estrangeiros que estão nas condições do referido Despacho. Ao pretender-se aplicar este dispositivo legal, são evidenciados constrangimentos, que impedem o registo e a recolha de grande parte das determinações aí expressas. Embora a aplicação *Sonho* disponha de toda a informação, constata-se que o funcionário administrativo não consegue saber se o utente a atender se enquadra ou não no disposto do despacho, não sendo possível produzir o relatório.

Ausência de uma gestão integrada das bases de dados existentes

- Tem sido adiada, ano após ano, a decisão sobre a implementação ou não de um *datacenter,* a ser sedeado no IGIF, ou outra instituição ou instituições com capacidade para assegurar a sua manutenção.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Modernizar as infra-estruturas informáticas da Saúde

- Será desenvolvido um Plano Estratégico de Sistemas Informáticos da Saúde que estabelecerá uma estratégia multidimensional, definindo o desenvolvimento de três níveis estruturais:
    - em primeiro lugar, o nível básico relativo à arquitectura tecnológica a implementar e fomentar no Sistema de Saúde;
    - em segundo lugar, o nível aplicacional, relativo ao conjunto dos sistemas informáticos de suporte à produção da Saúde;
    - finalmente, um nível onde residam os indicadores críticos para avaliar o desempenho do Sistema de Saúde.
- Este Plano definirá o estabelecimento de estruturas com a responsabilidade de normalizar e gerir todos os registos centrais de dados clínicos.
- É ao IGIF que caberão as responsabilidades de garantir a actualização tecnológica dos sistemas aplicáveis existentes e a evolução das soluções para a sua gestão.

Adequar as tecnologias e os equipamentos informáticos ao contexto dos servicos

- Devido às dificuldades encontradas na instalação de infra-estruturas informáticas em determinados serviços de saúde (em que a informação deve ser recolhida e disponibilizada) e à necessidade cada vez maior de versatilidade de acesso à informação por parte dos profissionais, será estudada a adopção imediata de sistemas informáticos móveis (*Wireless*) em alternativa a instalação de cabos e equipamentos de acesso fixos, como forma de ultrapassar o atraso tecnológico existente através de um "salto" qualitativo nesta área.

96 Despacho Ministerial n.º 25360/2001 (2.ª Série), de 16 de Novembro

Investigação e desenvolvimento em saúde

Situação actual

Inexistência de um sistema de investigação em saúde que garanta um conhecimento científico equilibrado sobre a realidade nacional

- Em todas as fases do ciclo de vida das actividades de observação ou intervenção incluídas no Plano Nacional de Saúde, é necessário conhecimento cientificamente validado.
- Dado que este nem sempre está disponível ou, se existente, não se refere à realidade portuguesa actual, torna-se indispensável desenvolver projectos de investigação e desenvolvimento (I&D) cujos resultados virão em apoio ao planeamento, execução e avaliação das diferentes componentes do Plano Nacional de Saúde.
- Por outro lado, a execução do próprio Plano irá gerar novas perguntas/hipóteses que só a investigação pode responder/testar de forma adequada.
- A Resolução do Conselho de Ministros[97] que aprovou um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino superior na área da saúde, consigna a vontade governativa de manter e expandir uma estreita cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Ciência e Ensino Superior nas áreas de formação e investigação no domínio da saúde. Esta Resolução reforça a necessidade de encontrar orientações, caminhos e fontes de fundos próprios para a saúde.
- Os financiamentos estatais, e portanto a coordenação, da investigação em saúde não estão maioritariamente sob o controlo do Ministério da Saúde mas sim do Ministério da Ciência e do Ensino Superior, através de instituições como a Fundação para a Ciência e Tecnologia. Realçam-se no entanto os sucessivos anos com atribuições de bolsas de investigação a funcionários do MS, pela Comissão de Fomento de Investigação em Cuidados de Saúde. O uso dessas bolsas constituiu uma estratégia "muito barata" de investigação aplicada; um dos ganhos, só na aparência secundária, pode ter sido nas mudanças de atitude originadas nos "investigadores" que ganharam bolsas (e a todos os que concorreram a elas).
- Instituições da Sociedade Civil, como a Fundação Calouste Gulbenkian e a Fundação Luso Americana para o Desenvolvimento, têm tido um papel fulcral na promoção de uma investigação virada para os problemas de saúde no País.
- Instituições internacionais, nomeadamente as da União Europeia, têm promovido projectos de investigação em redes internacionais que abordam as grandes problemáticas da saúde na União e que têm sido importantes em termos temáticos, em termos de cultura, de colaboração interinstitucionais e em termos de desenvolvimentos metodológicos.

A investigação tem um baixo peso nas carreiras da saúde

- Na cultura profissional, o trabalho de investigação não só não é incentivado como é tido como actividade tolerada ou mesmo não desejada.
- As administrações das organizações de saúde apreciam os serviços exclusivamente à luz do número de actos profissionais praticados. A investigação não é contemplada como uma necessidade, nem sequer de prioridade secundária.
- As actividades de investigação têm um baixo peso nos critérios contemplados na evolução dos profissionais de saúde nas suas carreiras, resultado de uma desvalorização absurda do valor curricular da investigação ou das suas expressões mais quantificáveis (comunicações a congressos e publicações), que são inviabilizadas perante cotações demasiado elevadas de itens de apreciação e quantificação difícil, como "competência técnico-profissional" no exercício das funções de assistente ou " capacidade e aptidão para a gestão e organização de serviços".

97 Resolução do Conselho de Ministros n.º 116/2002, de 2 de Agosto - aprova um conjunto de medidas que visa dar concretização ao duplo objectivo de assegurar as necessidades de formação superior na área da saúde e de garantir que essa formação se reveste da indispensável qualidade.

- Assiste-se ao equívoco de considerar a investigação como uma excrescência da prática assistencial. Esquece-se que a investigação é uma garantia fundamental para a melhoria contínua da qualidade do trabalho clínico e uma componente indispensável na formação médica.

Falta de redes nacionais de excelência

- Existe um número limitado de grupos de excelência, nem sempre com a dimensão mínima desejável, e sem a tradição de colaboração nacional em rede.

Grande dispersão temática

- A situação actual da investigação em ciências da saúde pode caracterizar-se por uma grande diversidade temática sem uma priorização adequada.
- Ao nível da investigação biomédica, o século XXI teve início com um marco histórico: a sequenciação do genoma humano. Actualmente vivemos em plena era pós-genómica na Medicina e o grande desafio para o futuro consiste em compreender de que modo a informação codificada em moléculas de DNA se traduz na saúde e na doença de cada ser humano.

Grande dispersão de recursos

- A situação actual da investigação em ciências da saúde pode caracterizar-se por uma grande dispersão de recursos e por um persistente sub-financiamento. Neste último aspecto, os dados mais recentes (2001), disponibilizados pelo Observatório da Ciência e Ensino Superior, revelam que as ciências da saúde representaram apenas 10,5% da despesa nacional em I&D, ficando em último lugar entre as diferentes áreas científicas (relativamente, e.g., aos 11,1% das ciências agrárias e veterinárias, aos 15,3% das ciências naturais ou aos 25,3% das ciências da engenharia e tecnologias).

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Desenvolver uma programação nacional de investigação em saúde

- Neste contexto, serão apoiadas as seguintes iniciativas:
    - conceptualização e implementação de um sistema de gestão e incentivo da investigação em ciências da saúde sob o controlo do Ministério da Saúde;
    - inventariação dos recursos nacionais de I&D em ciências da saúde (incluindo uma estimativa dos fluxos financeiros alocados ao sector);
    - identificação das principais lacunas de conhecimento que estão na base da persistência dos mais importantes problemas de saúde;
    - definição de prioridades para os investimentos em I&D com base populacional, clínica ou em serviços de saúde (incluindo estudos de economia da saúde);
    - assim será relançado um grupo de trabalho para o estudo da agenda de investigação em saúde, no âmbito do Ministério da Saúde[98].

Definir prioridades em termos temáticos

- Aquando da definição da nova estratégia do sector Saúde para a próxima década, o planeamento das diferentes linhas de acção contemplarão as actividades de I&D a levar a cabo visando, para cada problema de saúde de interesse e sempre que isso não seja conhecido:
    - determinar a sua magnitude e tendência evolutiva espacio-temporal;
    - delinear a sua arquitectura causal e fisiopatológica, pondo em evidência as interacções entre factores genéticos e ambientais;
    - avaliar a relação custo/benefício das intervenções a nível diagnóstico, prognóstico, terapêutico, de reabilitação ou de educação para a saúde;
    - optimizar o acesso às melhores intervenções disponíveis por parte daqueles que delas possam beneficiar.

98 Tal como àquele criado pelo Despacho n.º 4305/2002 (2ª série) DR II n.º 49 de 27 de Fevereiro

- Independentemente da decisão sobre a política de I&D em ciências da saúde, considera-se, desde já, desejável a realização de projectos sobre doenças crónicas e, particularmente, prevalentes e/ou incapacitantes como as doenças cardiovasculares, o cancro, a SIDA, as doenças mentais (incluindo comportamentos adictivos e problemas com eles relacionados), as doenças genéticas, a prática clínica e de saúde, a adesão às orientações terapêuticas e sobre determinantes de saúde, como os estilos de vida ou as causas dos acidentes (de viação, trabalho, domésticos e de lazer).
- A I&D sobre doenças infecciosas (re)emergentes, em especial, a tuberculose, deverá ser também particularmente estimulada.
- É essencial definir como prioridade temática a investigação do genoma humano com o objectivo de contribuir para melhor compreender os mecanismos de doença, gerar novos testes preditivos, melhorar os meios de diagnóstico e desenvolver novas abordagens terapêuticas. Em particular, é necessário estimular projectos de investigação com o objectivo de identificar novas mutações responsáveis por doenças na população portuguesa para subsequente desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico específicas.
- Outras áreas prioritárias incluem a susceptibilidade genética a doenças, a farmacogenómica e a identificação de novas moléculas alvo com potencial uso terapêutico.
- A investigação nos domínios da engenharia aplicada à saúde é também uma área a incentivar, uma vez que os seus resultados podem ser determinantes para o desenvolvimento de novas e melhores técnicas de diagnóstico ou terapêutica, a avaliação das tecnologias a introduzir no sistema de saúde e o aumento da eficiência e rentabilização das tecnologias disponíveis.
- Numa altura em que estão em curso importantes reformas na organização e gestão dos serviços de saúde, é necessário assegurar incentivos e financiamentos apropriados à investigação em serviços de saúde. Isso pode ser de uma importância crítica para o desenvolvimento da reforma. Serão consideradas áreas prioritárias na investigação em serviços de saúde as seguintes:
    - análise estratégica e prospectiva da evolução do sistema de saúde;
    - estudos da avaliação do desempenho dos serviços de saúde (acesso, qualidade, eficiência, resultados) em geral, e dos seus recursos humanos em particular;
    - configuração e avaliação de sistemas de regulação e contratualização de saúde;
    - desenvolvimento da qualidade organizacional dos serviços de saúde;
    - análise da gestão da informação e do conhecimento em serviços de saúde;
    - estudo das percepções e da satisfação do cidadão em relação aos serviços de saúde, do acesso à informação, e do desempenho dos sistemas de reclamação.

<u>Valorizar a investigação nas carreiras da saúde</u>

- Durante o percurso de formação dos diferentes profissionais de saúde, a Formação em Investigação Clínica ou Básica passará a estar contemplada nos conteúdos e objectivos dos programas. Procurar-se-á desenvolver e complementar uma atitude científica para o exercício da profissão.
- Na avaliação dos serviços de saúde deverão ser valorizadas as actividades de investigação desses mesmos serviços.
- As actividades de investigação serão, relativamente às outras competências e actividades, explicitamente valorizadas, captando profissionais de várias áreas, com especial enfoque nos enfermeiros e técnicos superiores de saúde, nos programas de investigação.

<u>Definir prioridades em termos de recursos necessários</u>

- Os recursos serão considerados como condições estruturais, incluindo o apoio necessário aos laboratórios de investigação do estado, e estruturas de coordenação, que estimulem os profissionais a dedicar tempo à investigação, considerando-a como factor de desenvolvimento e valorização profissional e de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e incentivando uma prática sistematicamente baseada na melhor evidência científica.
- A implementação de um conjunto de centros de recursos nacionais (biblioteca especializada central *on-line*; rede de bancos de células, tecidos, tumores e estirpes patogénicas; bases de dados sobre os comportamentos alimentares e a composição dos

alimentos consumidos, etc) será um elemento fundamental para garantir a sustentabilidade dos actuais grupos e instituições de I&D em ciências da saúde.
- No que respeita à avaliação do desempenho, haverá que garantir a avaliação externa regular dos projectos financiados. Este processo permitirá ir concentrando recursos naquelas áreas que, por corresponderem a problemas de saúde de maior importância social e reunirem à sua volta uma massa crítica de investigadores, virão a constituir os principais eixos de desenvolvimento da I&D em ciências da saúde numa perspectiva translaccional e em articulação com os serviços do Sistema de Saúde.

Participação do sector da saúde nos fóruns internacionais

Situação actual

Eixos orientadores da participação do sector da saúde nos fóruns internacionais

- Os três principais eixos orientadores da cooperação internacional no domínio da saúde passam pela União Europeia, pela OMS e pela cooperação com os Estados Membros da Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa.
- A Cooperação Técnica no Domínio da Saúde é hoje considerada uma componente essencial em todo o Sistema, sendo coordenada pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) e pela Direcção-Geral da Saúde em colaboração com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e outras instituições.

Cooperacão com a OMS

- A OMS é uma das mais respeitadas instituições a nível internacional pelo seu protagonismo e pela actualidade e relevância da sua investigação e trabalho de campo em domínios de saúde pública, pela abrangência das áreas abordadas, desde os mais variados domínios da saúde pública, à análise do desempenho de sistemas de saúde, elaboração de estratégias de saúde pública e reforma de sistemas de cuidados de saúde, aos programas de apoio aos países membros.
- No Observatório Europeu de Saúde têm vindo a ser realizados estudos sobre os sistemas de saúde dos países membros da região Europa, (o estudo sobre Portugal foi realizado em 1999 e será publicada uma actualização em breve), tendo sido dada nos últimos anos uma ênfase particular aos estudos comparativos sobre serviços de saúde.
- A questão do financiamento e da sustentabilidade dos sistemas de saúde tem vindo a merecer uma atenção crescente. O Relatório sobre a Saúde Mundial de 2002, salienta os riscos mais importantes para a saúde na actualidade. Alguns riscos estão associados com o subdesenvolvimento, mas outros estão ligados aos padrões e estilos de vida, tais como a alimentação não saudável e obesidade, o colesterol e elevada pressão arterial, o tabaco e o excesso de consumo de álcool, falta de actividade física.
- Sendo embora estas áreas recorrentes no debate realizado nos mais importantes fóruns da OMS, outros domínios que se destacam, pela sua relevância e significado político actual, como o combate às doenças transmissíveis, a erradicação da varíola e a destruição dos stocks do vírus da varíola e o relatório da investigação em saúde sobre o genoma e a saúde mundial, foram também incluídos na agenda do Conselho Executivo e virão a ser objecto de debate na próxima Assembleia Mundial da Saúde a realizar em Abril de 2003.
- A cooperação de Portugal com a OMS tem sido impulsionada nomeadamente através:
    - de um reforço da coordenação com a Missão de Portugal em Genebra, em particular, com o Conselheiro da Missão para as relações com a OMS;
    - de uma melhor preparação e seguimento das reuniões mais importantes;
    - do convite à OMS para cooperar com as Autoridades Portuguesas na preparação de uma Estratégia de Saúde Pública.

Cooperacão com a UE

- Um dos objectivos do Conselho Europeu de Lisboa (Março de 2000) foi o de tornar a União Europeia, no horizonte de 2010, a economia assente no conhecimento mais dinâmico e competitivo do mundo.

- Para tanto, adoptou um programa de reformas económicas, cujo elemento-chave é a realização de um mercado interno dos serviços. Nesse sentido, a Comissão assumiu, em Dezembro de 2000, uma "Estratégia do mercado interno para os serviços"[99], organizada em duas fases.
- A primeira fase foi concluída, em Julho de 2002, na qual se faz "um inventário tão completo quanto possível das fronteiras que subsistem no mercado interno dos serviços" incluindo os da área da saúde.
- No Relatório de Actividades de 2002, a Comissão apresenta uma ficha de avaliação sobre cada Estado Membro no que respeita ao impacto do processo legislativo na realização do Mercado Interno.
- Relativamente a Portugal, a percentagem de transposição das directivas registou um decréscimo, tendo passado de 97,5% em 2001 para 96,9% em 2002, mantendo-se assim, abaixo do objectivo programado de 98,5%, incluído no Conselho Europeu da Primavera, realizado em Barcelona.
- Extrapolando esta análise para a área de intervenção do Ministério da Saúde, verificou-se, no entanto, uma melhoria no *timing* da elaboração dos anteprojectos pelos serviços técnicos competentes nas matérias. Já no que se refere à aplicação da legislação nacional, a Comissão levantou algumas questões de compatibilidade da mesma com os princípios dos Tratados ou até com legislação comunitária específica, como sejam os casos relativos à regularização dos profissionais de odontologia, ou os critérios para a instalação em Portugal de laboratórios de análises clínicas ou de prestação de serviços por laboratórios sedeados em outros Estados Membros, ou, ainda, a utilização de dispositivos médicos de uso único ou múltiplo.
- A comunicação publicada pela Comissão em 1999 intitulada "*Estratégia concertada de modernização da protecção social*" identificou a garantia de um nível de cuidados de saúde elevado e sustentável como uma das questões cruciais de uma cooperação mais estreita entre os Estados-membros. Esta iniciativa foi aprovada pelo Conselho Europeu de Lisboa, de Março de 2000.
- A Comunicação da Comissão, de Dezembro de 2001, "O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira" analisou as tendências demográficas, tecnológicas e financeiras susceptíveis de representarem desafios para a nossa capacidade de, no futuro, manter elevados níveis de protecção social neste domínio.
- A comunicação concluía que os sistemas de cuidados de saúde e de cuidados de longo prazo na União Europeia enfrentam o desafio de garantir simultaneamente os três objectivos, subscritos pelo Conselho Europeu de Barcelona, de:
    - acesso para todos, independentemente do rendimento ou riqueza;
    - cuidados com um elevado nível de qualidade;
    - sustentabilidade financeira dos sistemas de cuidados.
- Na sequência da Comunicação acima mencionada, a Comissão publicou, para o sector da saúde, em Janeiro de 2003, uma Comunicação sobre "Cuidados de Saúde e cuidados aos idosos: apoiar as estratégias nacionais destinadas a garantir um elevado nível de protecção social", que refere os desafios colocados pelo interface entre o sector dos cuidados de saúde e dos serviços emergentes dos cuidados de longo prazo, bem como a necessidade de uma melhor coordenação a nível da prestação de cuidados de saúde e dos serviços de cuidados de longo prazo destinados aos idosos.
- No contexto de uma economia sustentável e inclusiva, com especial relevância para a coordenação das políticas económicas dos Estados-Membros, em Junho de cada ano, o Conselho de Ministros da UE adopta, após apreciação do Conselho Europeu, as Grandes Orientações das Políticas Económicas da Comunidade e dos Estados-membros (GOPE). No que respeita a Portugal, as GOPE têm dado particular relevo à área da saúde. No texto aprovado no ano de 2002[100] afirma-se que: *"(…) o forte crescimento das despesas de saúde indica que o processo de reforma em curso destinado a melhorar o controlo e a eficiência das despesas neste sector tem de ser prosseguido com determinação."*; "(…) *a*

99 http://www.europa.eu.int/comm/internal_market/en/services/services/com888pt.pdf

100 http://ue.eu.int/emu/pt/index.htm

política orçamental deve ter por objectivo: iv. (...) introduzir medidas eficazes destinadas a reduzir o ritmo insustentável das despesas de saúde, em especial no que diz respeito ao consumo de medicamentos.".

- O texto teve por base o relatório nacional sobre reformas económicas elaborado em 2001[101]. No relatório nacional elaborado em 2002[102], tendo em vista a aprovação das GOPE de Junho de 2003, o MS participou com o tema *"Reforma do Sector da Saúde"*, no qual se enunciaram alguns dos grandes temas dessa reforma, a saber:
    - nova lei da gestão hospitalar;
    - regime jurídico das parcerias público-privadas;
    - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas;
    - reclassificação dos medicamentos; medicamentos genéricos;
    - comparticipação de medicamentos;
    - prescrição de medicamentos;
    - reorganização da farmácia hospitalar.
- Tendo em consideração o relatório atrás referido, na informação por país anexa à Comunicação da Comissão sobre a implementação das GOPE de 2002[103], a Comissão considera que, em Portugal, foram adoptadas importantes medidas para aumentar o consumo de medicamentos genéricos e que foram introduzidas alterações significativas na gestão dos hospitais do sector público; contudo, na Comunicação propriamente dita não é feita qualquer referência à área da saúde, sendo necessário avaliar primeiro os resultados da implementação das medidas referidas no orçamento.
- Actualmente, a Comissão está empenhada em recolher todos os dados pertinentes sobre:
    - número de doentes que recorrem a cuidados de saúde noutro país;
    - tipo de cuidados a que esses doentes recorrem;
    - obstáculos existentes, nomeadamente administrativos;
    - valor dos cuidados prestados a cidadãos comunitários provenientes de outros Estados-Membros;
    - valor dos cuidados prestados aos nacionais de cada Estado-Membro noutros países comunitários;
    - capacidade excedentária dos diversos sistemas de saúde e possibilidade de partilha; acordos transfronteiriços de prestação de cuidados de saúde.

<u>Cooperação com o Conselho da Europa</u>

- Portugal colabora há mais de vinte anos nas actividades dos Comités Directores de Saúde Pública (CDSP) e do Acordo Parcial de Saúde Pública (CD-P-SP). Participa activamente em vários subcomités e contribui para a elaboração de vários documentos e recomendações que cobrem múltiplos domínios da Saúde.

<u>Cooperação com os países lusófonos</u>

- Neste contexto há a destacar uma acção centrada em projectos, sem uma visão global e estruturada dos princípios e objectivos orientadores da cooperação e sem explicitação dos meios considerados necessários para a sua exequibilidade.
- De entre os projectos há a destacar o Centro Hospitalar em São Tomé e Príncipe (pela importância percentual do orçamento envolvido) e o Projecto em Cuidados Primários na Província de Xai-Xai, em Moçambique (pela reconhecida qualidade do trabalho desenvolvido) e as actividades conduzidas em Angola, abrangendo o apoio ao reforço institucional, à manutenção e recuperação de equipamento hospitalar.
- Os acordos existentes com os PALOP estão desajustados da realidade actual, nomeadamente no que se refere à evacuação de doentes.
- A situação actual enferma também pelo não retorno dos médicos provenientes dos PALOP que, em Portugal, beneficiam de formação pós-graduada.
- No que respeita à luta contra as doenças da pobreza, sobressai o Projecto Solidariedade Terapêutica Hospitalar, designadamente no que se refere a São Tomé e Príncipe. É

101 http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/documents/p02_en.pdf

102 http://www.dgep.pt/div/cardiff02.pdf

103 http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/european_economy/implement2002_en.htm

também em São Tomé que, em colaboração com outros parceiros, se está a intensificar a luta contra a malária (projecto tripartido com os EUA e São Tomé).
- Realça-se também em Angola, o apoio ao controlo de outras doenças transmissíveis (tuberculose e doença meningocócica, nomeadamente).

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Promover a colaboracão com a OMS em estudos sobre sistemas de saúde e estado de saúde

- Será apoiada a colaboração entre o Observatório Europeu de Saúde sobre a reforma do sistema de cuidados de saúde e as instituições académicas nacionais que se debruçam sobre a mesma problemática.
- Investir-se-á num maior envolvimento dos vários serviços na preparação dos *dossiers* de apoio às delegações nacionais a reuniões de particular relevo como a Assembleia Mundial da Saúde, reuniões do Conselho Executivo e do Comité Regional para a Europa.
- Candidaturas Portuguesas ao Conselho Executivo serão preparadas atempadamente, tendo em conta o lapso de tempo decorrido desde a anterior representação que posiciona Portugal em termos de se poder candidatar.

Coordenar a participacão Portuguesa nos trabalhos com a UE

- Dar-se-á uma maior ênfase aos diversos programas em curso no âmbito da UE, de forma a melhor aproveitar as potencialidades desses programas como estruturantes para os serviços do Ministério da Saúde português. As participações portuguesas serão merecedoras de uma coordenação mais activa.
- Colaborar-se-á aos mais altos níveis na avaliação jurídica e económica dos obstáculos existentes ao reforço do mercado interno dos serviços de saúde, com vista a determinar as iniciativas a propor a nível comunitário, destinadas a resolvê-los[104].
- A fim de melhorar o desempenho do Ministério neste sector, é essencial melhorar a articulação da informação entre os serviços implicados na elaboração de legislação, melhorando também o acompanhamento das várias fases do processo legislativo, com distribuição das várias áreas de intervenção do Ministério, entre os serviços técnicos competentes e equipas/elementos dos gabinetes do MS. Para tal:
    - introduzir-se-ão melhorias e optimizar-se-ão os mecanismos de acesso como condição para permitir realizar a vontade política da generalidade dos Estados-Membros em manter o acesso universal como pedra angular dos seus sistemas de saúde e protecção social, subjacente à filosofia do Modelo Social Europeu;
    - reforçar-se-á a cooperação com outros Estados-Membros na área da qualidade da prestação de cuidados, na perspectiva do alargamento e da crescente mobilidade transfronteiriça dos doentes;
    - garantir-se-á que os recursos, e em especial as novas tecnologias, possam ser utilizados no interesse da eficiência e da relação custo-proveito, assegurando que os pacientes e os profissionais de saúde tenham em conta a dimensão do custo nas suas decisões, de forma a contribuir para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde;
    - reforçar-se-á a cooperação, intercâmbio de experiências e boas práticas no tocante a cada um dos três objectivos, com particular realce para a melhoria da informação e indicadores de base para essa cooperação, em estreita relação com a Eurostat e a OCDE;

104 Nos termos da jurisprudência do Tribunal de Justiça, são considerados obstáculos quaisquer medidas cujos efeitos sejam impedir, perturbar ou tornar menos atraente a prestação transfronteira de serviços, a utilização de serviços transfronteira ou o estabelecimento noutro Estado-membro. Neste sentido, existem, no nosso país, diversos obstáculos à prestação de serviços de saúde. A título de exemplo, existem actividades reservadas exclusivamente a certos operadores (caso da distribuição de produtos farmacêuticos), limites quantitativos no acesso às actividades (como a distância geográfica), exigências de residência, de autorização prévia, de inscrição em ordens profissionais, de qualificações profissionais, obstáculos à promoção de certos produtos ou serviços, etc. Cada um destes obstáculos poderá ser justificado, de princípio, por razões de protecção da saúde, nos termos dos preceitos do Tratado da Comunidade Europeia (TCE), e à luz da interpretação feita pelo Tribunal de Justiça sobre o que considera poder constituir razões susceptíveis de justificar os entraves existentes.

- manter-se-á a presença no Conselho da Europa, reforçando a cooperação entre Estados que não integram a UE.
- proceder-se-á à monitorização e avaliação regulares das medidas enunciadas nos relatórios nacionais e outras;
- elaborar-se-ão estudos prospectivos sobre o impacto das medidas estruturais da área da saúde nas finanças públicas;
- definir-se-ão clara e inequivocamente as atribuições/competências de cada Ministério/organismo/serviço, e identificar-se-ão interlocutores/serviços privilegiados para a monitorização e avaliação e para a elaboração dos estudos prospectivos referidos;
- submeter-se-ão à Comissão Europeia dados sobre prestação de cuidados a cidadãos comunitários.

Incentivar a cooperação com os países lusófonos, privilegiando as doenças associadas à pobreza

- O Programa de cooperação com os países membros da CPLP será pensado de uma forma integrada e a médio prazo, com a preocupação de contribuírem:
  - para o desenvolvimento das comunidades, através de uma maior intervenção da sociedade civil, com o apoio da cooperação portuguesa;
  - para o reforço da presença portuguesa, incluindo a de empresas privadas do sector da saúde (como a hemodiálise ou empresas farmacêuticas);
  - para o reforço das intervenções necessárias para a concretização dos Objectivos para o Milénio, nomeadamente no que diz respeito à malária, SIDA, tuberculose, mortalidade materna e outras doenças e enfermidades associadas à pobreza[105];
  - para a promoção de uma maior articulação com a Ordem dos Médicos, de modo a encontrar mecanismos orientadores da formação pós graduada dos médicos dos PALOP, e facilitar o seu regresso.

Reorientar o sistema de saúde

Visão integrada do sistema de saúde

Situação actual

Falta de estratégia de integração efectiva dos diversos níveis de cuidados

- Não está definida uma estratégia de integração efectiva entre o funcionamento das redes hospitalares e a prestação de cuidados de saúde primários, condição *sine qua non* para o aumento da eficácia e eficiência do Sistema de Saúde.

Falta de articulação com o sector privado da saúde e da sua integração na rede de cuidados

- Há uma falta de regulamentação da legislação recente sobre cuidados continuados, o que não facilita o planeamento das necessidades a nível nacional.
- Registram-se deficiências da legislação em vigor, relativamente ao licenciamento de unidades privadas de saúde (UPS), com e sem fins lucrativos.
- Esta legislação produziu um conjunto de procedimentos administrativos e mecanismos processuais, que inviabilizaram a sua prática, conduzindo à situação actual de ausência de licenciamento de grande parte das unidades privadas, para além de não estar a ser aplicada às unidades privadas sem fins lucrativos (sector social).
- Relativamente ao convencionamento, a cessação de celebração de novas convenções desde 1993 inviabilizou a aquisição pelo SNS de serviços tecnologicamente mais avançados e incentivou formas menos transparentes de prestação de serviços por unidades não convencionadas. Do mesmo modo, a não actualização periódica da nomenclatura e respectivos preços, bem como a ausência de sistemas de informação

105 Millenium Development Goals. United Nations Millennium Declaration. September 2000

adequados, poderá conduzir à utilização de meios para superar a situação, os quais, eventualmente, poderão vir a onerar o SNS.
- Observa-se a ausência de fiscalização sistemática e programada - os serviços privados não são abrangidos pela actuação da Inspecção Geral da Saúde, nem existe, quer a nível nacional, quer regional, uma estrutura com essas funções.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Desenvolver uma estratégia de integracão efectiva dos diversos níveis de cuidados
- Será privilegiada uma organização em *clusters* dos recursos complementares a prestação dos cuidados existentes que permita ganhos de acessibilidade, eficiência e efectividade para o sistema.
- Promover o esclarecimento, junto dos níveis de contacto inicial com as populações, do funcionamento integrado do Sistema de Saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários e dos cuidados de saúde hospitalares.
- Promover o esclarecimento didáctico e outras iniciativas, junto das escolas, pais, alunos e o público em geral, desta visão e do seu funcionamento.
- Publicitar adequadamente, junto dos diversos actores, das redes de referenciação em vigor e as que se encontram em desenvolvimento.
- Promover, nos *mass media*, de programação didáctica, atraente e dirigida, sobre a correcta e eficiente utilização/acesso dos/aos cuidados de saúde.

Desenvolver o licenciamento, convencionamento e acompanhamento das unidades privadas de saúde
- Deverão ser agilizados os mecanismos processuais que passam pela revisão da legislação vigente.
- Na área do convencionamento, deverá ser adoptado um modelo único para o sector privado com ou sem fins lucrativos, em todas as áreas compatíveis.
- Nesta área, deverão ser abertas novas convenções, com eventual revisão do clausulado tipo previsto no diploma que estabeleceu os princípios gerais sobre esta matéria, e adoptada uma nomenclatura universal, à semelhança da adoptada pela Ordem dos Médicos, e que serviria de referência, quer para a aquisição de serviços, quer para o débito do SNS aos subsistemas e estruturas congéneres, com variação apenas do valor unitário a atribuir aos respectivos actos.
- Para o adequado funcionamento do sistema e das unidades, deverá ser atribuído um código de barras a cada uma das unidades.
- Na área da fiscalização deve-se reforçar a capacidade de acompanhamento e fiscalização de todas as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde.
- Na área dos cuidados continuados, irá regulamentar-se o Decreto-Lei[106], que cria esta Rede, com referência às necessidades da capacidade a instalar e a financiar, por região/sub-região de saúde.

Rede de cuidados de saúde primários

Situação actual

Insuficiente oferta de cuidados para a populacão
- Existe um número significativo de portugueses em lista de espera para atribuição de Médico de Família[107].

106 Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro- Estabelece a rede de cuidados continuados de saúde.

107 Estima-se em cerca de um milhão de pessoas em lista de espera.

Insuficiências na organização dos centros de saúde

- A nível do Centro de Saúde, são detectadas insuficiências em vários domínios: pouca participação dos cidadãos na vida do centro de saúde, ausência de sistemas de informação adequados, necessidade de descentralização/desconcentração, necessidade de diversificação de respostas (público, privado, cooperativas, etc.) e necessidade de prestar formação aos profissionais, devidamente adaptada aos cuidados primários.

Uma forte aposta no desenvolvimento de uma "cultura" de avaliação da qualidade dos serviços prestados

- Tem sido particularmente a nível de centros de saúde e dos Cuidados de Saúde Primários, que, em Portugal, mais se tem inovado em termos de uma cultura de rigor e avaliação da qualidade.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Participacão dos utentes na vida dos centros de saúde

- Será assegurada uma maior participação dos utentes na vida do Centro de Saúde, criando vários mecanismos que o facilitem, incluindo o Conselho Consultivo do Centro de Saúde.
- Será apoiada uma descentralização, com uma aproximação, tanto quanto possível, do local de trabalho, indo de encontro aos anseios dos utentes.

Modelos mais empresariais de gestão

- Será assegurada uma gestão mais empresarial, com uma maior responsabilização do cargo de director do Centro de Saúde.

Informação para apoio à tomada de decisão

- Será implementado um sistema de informação que inclua a componente clínica, de tal modo que permita a transparência e, com ela, a avaliação do desempenho e a responsabilização, criando, sempre que adequado, *tableaux de bord*, para apoio à decisão.
- Será reforçado o sistema de garantia da qualidade dos cuidados de saúde primários, de forma a disponibilizar informação pertinente aos cidadãos (para estabelecer escolhas informadas), aos gestores e prestadores de cuidados (para gerar mecanismos de comparação e emulação das melhores práticas) e para mobilizar a participação da sociedade civil em geral. Os modelos de garantia de qualidade a implementar deverão privilegiar o enfoque nos resultados, mais do que no processo e na estrutura.

Organização apoiada em pequenas unidades de medicina familiar

- Serão apoiadas formas de trabalho consentâneas com uma organização apoiada em pequenas unidades de medicina familiar, que garantam uma boa acessibilidade e continuidade de cuidados e sejam sustentadas:
    - num enquadramento conducente à prática de uma medicina humanizada e em equipa (número máximo de utentes/qualidade de prestação de cuidados; equipas multidisciplinares oferecendo acessibilidade e continuidade de cuidados etc.), optimizada e potencializada pelos diversos grupos profissionais que delas fazem parte;
    - numa prática clínica apoiada em novas tecnologias de informação e na formação profissional contínua dos seus profissionais;
    - numa efectiva hierarquização técnica, capaz de introduzir normas de trabalho compatíveis com uma boa prática clínica;
    - numa real autonomia de gestão clínica, que garanta ao utente, atempadamente, cuidados hospitalares especializados e cuidados continuados no seu retorno à comunidade, sem uma solução de continuidade comprometedora da sua situação clínica;
    - numa remuneração flexível, premiando o desempenho e a qualidade do trabalho.

Redes de cuidados hospitalares

Situação actual

Deficiências dos cuidados hospitalares

- Incorrecta distribuição geográfica das camas hospitalares, polarizadas em 3 grandes centros;
- Existência de estruturas hospitalares desadequadas, em termos de funcionalidade, condições de trabalho e dimensão face às populações que servem;
- Carência de profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, que dificulta uma gestão adequada das diversas valências, no período de tempo considerado necessário, situação agravada por marcantes discrepâncias geográficas;
- Inadequação dos horários de funcionamento às necessidades das populações;
- Inadequação da estrutura produtiva, em termos de meios humanos, para a utilização adequada e eficiente dos recursos técnicos disponibilizados;
- Recurso às urgências hospitalares como forma de atendimento garantido e mais rápido das consultas de especialidades;
- Ineficiência no acesso rápido às consultas de especialidade no sistema público;
- Insatisfação dos profissionais de saúde, em termos remuneratórios;
- Insegurança dos profissionais de saúde de nível inferior;
- Desconfiança generalizada quanto ao recurso a meios de direito civil para a contratação de profissionais;
- Situações de conflitualidade, visível ou latente, com as novas formas de gestão e os titulares dos respectivos órgãos;

Ineficiências no modelo de gestão hospitalar

- O modelo de gestão hospitalar adoptado em Portugal carece ainda de rigor orçamental, de sistemas de garantia de qualidade e de sistemas de informação padronizados, que permitam acompanhar, de uma forma comparativa, o desempenho dos gestores e da instituição.
- Neste contexto, têm-se experimentado formas alternativas de gestão hospitalar, como é o caso da transformação dos 31 hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

Formas de remuneração inadequadas

- No mesmo sentido do que foi abordado na área dos cuidados de saúde primários, o sector hospitalar público tem negligenciado políticas de remuneração mais flexíveis e motivadoras, baseadas no mérito.

Uso inapropriado das urgências

- Na falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, as urgências tornaram-se, para muitos portugueses, o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no SNS.

Aposta nas redes de referenciação hospitalar

- Já estão aprovadas as redes de referenciação Materno-Infantil, de Neurologia, de Intervenção Cardiológica, de Infecciologia, de Urgência/Emergência, de Psiquiatria e Saúde Mental, de Oncologia, de Imunoalergologia, de Medicina Física e de Reabilitação, de Reumatologia e de Nefrologia. As redes de Oncologia, Medicina Física e de Reabilitação e de Reumatologia aguardam publicação;
- Em fase de apreciação Ministerial estão as redes de Transplantação e de Anatomia Patológica. Aguarda-se a conclusão das redes de Genética, de Cirurgia Vascular, de Endocrinologia, de Oftalmologia e de Telemedicina.

- Paralelamente, encontram-se aprovados documentos no sentido da definição de Critérios para o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória, Unidades Básicas de Urgência e de Unidades de AVC.
- Foi submetida a aprovação Ministerial a Recomendação para o desenvolvimento de Cuidados Intensivos.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Reestruturar os cuidados hospitalares

- Definir-se-á um mapa de distribuição dos hospitais que permita identificar uma rede hospitalar e a sua interacção, numa lógica de funcionalidade, de garantia de competência e de capacidade, com reforço da articulação inter-hospitalar.
- Definir-se-ão critérios objectivos para a existência das unidades. Não se devem criar unidades, expandir hospitais ou criar outras unidades de saúde sem haver uma justificação concreta e mensurável.
- Será feita a avaliação das unidades hospitalares existentes, de forma a adequar a oferta de serviços à procura e à capacidade instalada.
- Irão ser criados centros de excelência, com condições adequadas para o desenvolvimento de técnicas inovadoras, escudados em redes de referenciação, como forma de "escoamento" de doentes.
- As estruturas hospitalares já existentes serão readaptadas, mediante o recurso a iniciativas similares a Parcerias Público-Privadas.
- Definir-se-á mais claramente o papel de cada hospital ao nível dos cuidados a prestar (mais intensivos e menos intensivos, universitários e de retaguarda) e dotação dos meios humanos, técnicos e financeiros adequados ao cumprimento das suas funções e a uma eficaz articulação em rede.

Promover uma gestão mais eficiente dos hospitais

- A implementação efectiva de um novo modelo de gestão empresarial implicado na transformação dos 31 hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos pressupõe que seja criada uma estrutura organizacional que possibilite o seu acompanhamento rigoroso, objectivado num programa específico de intervenção[108].
- Serão de criar modelos e critérios de análise da performance das instituições de saúde (SA ou não) que sejam directamente comparáveis para todas as instituições e que permitam ajuizar da vantagem relativa de cada modelo organizacional
- Serão estabelecidas metas de produção e de qualidade bem definidas, com uma consequente avaliação de resultados e penalizações, se estas não forem atingidas.
- Gestão (Eficiência/Eficácia/Economia) - É urgente tornar a gestão dos hospitais, independente do respectivo modelo de gestão, com novas competências, recompensar e incentivar o bom desempenho e a maior eficiência e responsabilizar/penalizar os que não cumprem as metas estabelecidas.
- Desenvolver-se-ão indicadores de produção que permitam uma avaliação de desempenho com critérios facilmente mensuráveis.

Proceder à alteracão do modelo de financiamento, criando a separacão entre o financiamento e a prestacão

- Serão desenvolvidas formas de contratação da produção necessária, que atendam à capacidade instalada e aos recursos disponíveis, ao nível de cada unidade e de cada região.

Apostar no desenvolvimento de novas formas de prestacão

- Será dada prioridade ao desenvolvimento de novas formas de prestação, essencialmente de natureza ambulatória, que constituam alternativas seguras ao internamento clássico.

108 Despacho n.º 24828/2002 (II série).

Reorganizar as urgências

- A solução dos problemas associados ao funcionamento das urgências passará pela reorganização dos centros de saúde, pelo reforço na capacidade de assistência domiciliária, pela profissionalização do funcionamento das urgências, pelo alargamento do CODU ao distrito de Braga e ao Alentejo e por uma melhor definição das competências do INEM na coordenação dos meios de socorro.
- A reorganização das urgências implica redefinir a sua missão no SNS, o papel das equipas de urgência (enfermeiros, médicos e outros), a forma como se desenvolve a sua articulação com os serviços de cuidados primários (SAP ou outros), a integração e aprofundamento das competências dos membros e dos meios de socorro (externos e internos), as metas de serviço a prestar, os critérios de constituição ou de manutenção de equipas e serviços de urgência, os fundamentos e objectivos na reestruturação ou criação de novos serviços de urgência.

Adequar as Redes de Referenciação Hospitalar às necessidades

- No contexto dos novos modelos de gestão hospitalar, a definição e o contínuo ajustamento das Redes de Referenciação Hospitalar têm uma importância redobrada, designadamente nos processos de *opting out*, na contratualização, no pagamento pela produção e na regulação das estratégias institucionais de investimentos.

Proceder à criação de instrumentos de avaliação de desempenho das organizações

- Mais uma vez, a par de um sistema de avaliação dos cuidados de saúde primários, parece evidente a necessidade de desenvolver mecanismos de avaliação do desempenho e de garantia da qualidade, quer a nível interno, quer a nível externo, das organizações acoplados aos sistemas de gestão e a um sistema de acreditação.

Adequar o sistema de informacão às necessidades de tomada de decisão

- Os sistemas de informação hospitalar serão repensados, na óptica da necessidade de informação para apoio à decisão.

Redes de cuidados continuados

Situação actual

Carência de cuidados continuados

- O aumento progressivo da esperança média de vida e o aumento de pessoas vítimas de acidentes ou com patologias de evolução prolongada, e potencialmente incapacitantes, criam novas necessidades de cuidados de saúde em situação de dependência, exigindo habitualmente uma forte componente de apoio psico-social, a que se deu a designação de *cuidados continuados.*
- Os serviços de cuidados continuados devem continuar a investir num nível intermédio de cuidados entre o nível de actuação dos centros de saúde e o nível de actuação hospitalar, que deve passar por unidades adequadas de internamentos, por unidades de dia de reabilitação global e unidades móveis de prestação de cuidados domiciliários. Desta forma, será possível garantir a continuidade entre as acções preventivas, terapêuticas e correctivas, de acordo com um plano individual de cuidados para cada utilizador.
- Os cuidados continuados destinam-se a colmatar uma lacuna, realmente existente na sociedade portuguesa, no que se refere à escassez de respostas adequadas que satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde decorrentes de situações de dependência, resultantes de doença de evolução prolongada, que se estima virem a aumentar nas próximas décadas. Em 1998, um Despacho Conjunto[109] possibilitou o lançamento de intervenções articuladas de apoio social e de cuidados de saúde

109 Despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social) - Aprova as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/acção social.

continuados, dirigidos às pessoas em situação de dependência, através da criação das respostas integradas "Apoio Domiciliário Integrado" (ADI) e "Unidade de Apoio Integrado" (UAI). Estas e outras unidades carecem de uma melhor definição do perfil dos serviços a oferecer e dos seus utilizadores.

- No final de 2003, foi aprovada a Rede de Cuidados Continuados[110], constituída por "todas as entidade públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos, em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida". Este recente diploma legal visa garantir um regime de complementaridade e estreita articulação entre todas as redes de cuidados de saúde nos sectores primários e hospitalares.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

<u>Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados</u>

- Tendo sido legislada a Rede de Cuidados Continuados, assente num "conjunto de serviços prestadores de cuidados de recuperação em interligação com a rede de cuidados primários e com os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, visando prevenir situações de dependência, mediante um plano individual de intervenção complementar de recuperação global", importa:
  - desenvolver uma correcta articulação com as entidades referenciadoras (hospitais ou centros de saúde da área geográfica) e com os serviços responsáveis pela continuidade dos cuidados (Unidade de Internamento, Unidade de Recuperação Global e Unidade Móvel Domiciliária);
  - incrementar a ligação dos serviços prestadores de cuidados de saúde do SNS e das IPSS.
- Será necessário conhecer a verdadeira dimensão das necessidades, com vista ao desenvolvimento de um plano de operacionalização da rede, à definição de metas de cobertura da população, à caracterização do papel dos profissionais envolvidos e à responsabilização das unidades de saúde pela prestação dos serviços e cuidados, de forma a evitar uma prestação de cuidados de saúde adversa ou ineficaz daquela que é o objecto e o objectivo dos cuidados continuados.

Serviços de saúde pública

Situação actual

<u>Deficiente desenvolvimento e enquadramento institucional dos Centros Regionais de Saúde Pública</u>

- A institucionalização dos Centros Regionais de Saúde Pública (CRSP)[111] constitui um avanço qualitativo significativo na resolução dos principais problemas de saúde pública.
- Os CRSP constituem organismos coordenadores das actividades de saúde pública, com um papel central na avaliação do estado de saúde das comunidades e na monitorização dos eventos e serviços de saúde, com vista a uma melhoria na administração da saúde das populações.
- Os CRSP ainda são relativamente recente, pelo que não se desenvolveram o suficiente para garantir o integral cumprimento da sua missão, revelando, ainda, algumas insuficiências, nomeadamente: inexistência de quadro próprio, carência de técnicos em termos de quantidade e diversidade de formações, funcionamento de um sistema de informação

110 Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro- Estabelece a rede de cuidados continuados de saúde.

111 regulamentados por Portarias publicadas no quadro do Decreto-Lei n.º 286/99 de 27 de Julho que organiza os serviços de saúde pública

integrado e, em alguns casos, exiguidade de instalações e limitação formal e institucional a sua actividade.
- Existe uma enorme discrepância entre o que está explícito nos documentos estratégicos do Ministério da Saúde e a actuação (de facto) dos decisores face aos CRSP e serviços de saúde pública em geral.

Necessidade de ajustamento das autoridades de saúde
- A nomeação e as competências das autoridades de saúde estão explicitadas por Decreto-Lei[112]. No entanto, carece de ajustamentos face à realidade actual e aos novos desafios no contexto nacional e Europeu, pelo que a necessidade de revisão do diploma é sentida actualmente como indispensável.

Desajustamento da acção de Saúde Pública ao contexto global actual
- Há um atraso significativo, em Portugal, em relação ao posicinamento da Saúde Pública na agenda global da saúde.

Falta de incentivo à carreira de saúde pública
- A carência de médicos em geral e, em especial, da carreira de saúde pública atingiu níveis preocupantes que dificultam o assegurar de funções de autoridade de saúde a todos os níveis, com a devida competência, bem como a condução de trabalhos que visam melhorar a situação de saúde do País.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Desenvolver os Centros Regionais de Saúde Pública
- Os CRSP serão prioritariamente dotados de meios humanos e materiais, de forma a permitir o efectivo funcionamento e a garantir a resposta adequada destes serviços às actuais exigências decorrentes dos problemas de saúde dos indivíduos, das famílias e das populações.
- O paradigma do município como unidade geográfica a que deve corresponder uma unidade de saúde pública, será substituído por formas de organização flexíveis, centradas nos CRSP, que tenham em conta a assimetria de ocupação do espaço pela população em Portugal (grandes centros urbanos e suburbanos, interior com desertificação demográfica, etc) e os recursos humanos de facto existentes, com perspectiva de virem a diminuir no futuro.

Proceder à alteração da legislação sobre autoridades de saúde
- A carência de médicos de saúde pública e a necessidade de ajustar as funções atribuídas às autoridades de saúde impõem a aprovação de alterações à actual legislação[113], na perspectiva de uma reforma mais vasta para a Saúde Pública em Portugal a curto prazo.
- De uma forma clara e definitiva, serão retiradas diversas competências às autoridades de saúde que são meramente burocráticas e administrativas, e não correspondem a qualquer ganho de saúde para a população e gastam muitos recursos que não são aplicados em programas de saúde pública realmente eficazes (custo de oportunidade). Algumas tarefas deveriam ser banidas das atribuições das autoridades de saúde como verificações de doenças, atestados de robustez, juntas de incapacidade, cartas de condução, etc. As atribuições na área da saúde ambiental deveriam ser revistas à luz das de outros organismos da administração que foram criados nos últimos anos.

Desenvolver as acções de Saúde Pública
- Rever e actualizar o quadro legal das intervenções em Saúde Pública, na perspectiva de acelerar o seu desenvolvimento e colocá-la a nível europeu, nomeadamente no que se

112 Decreto-Lei n.º 336/93 de 29 de Setembro, publicado no DR I Série A n.º 229 de 29-09-1993 – Estabelece as regras de nomeação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde.

113 Idem.

refere a vigilância epidemiológica, a capacidade laboratorial, a afinação do sistema de informação e a rapidez de respostas.

Melhorar a carreira de saúde pública

- Há que adoptar medidas legislativas no sentido de, por um lado, dignificar os conteúdos da carreira médica de saúde pública, e por outro, criar incentivos de forma a tornar a carreira atractiva.

Melhoria do acesso

Situação actual

O acesso limitado ao ambulatório e às intervenções cirúrgicas

- As listas de espera para procedimentos cirúrgicos continuam com dimensões inaceitáveis.
- Desconhece-se até que ponto as listas de espera para consultas no ambulatório se encontram em situação semelhante.

O subdesenvolvimento das aplicações da telemedicina

- Um dos grandes impedimentos ao bom desempenho é o isolamento em que alguns profissionais trabalham nas zonas do Interior. Das várias implicações deste contexto, realça-se a telemedicina. A aplicação das tecnologias de informação e telecomunicações na Saúde é mais uma necessidade estratégica. Neste sentido, um Grupo de Trabalho para o estudo da Telemedicina debruçou-se sobre a definição operacional do conceito, a enumeração e avaliação das experiências e das soluções existentes, o reconhecimento das áreas a desenvolver e a identificação de limitações a vários níveis[114]. Este Grupo de Trabalho produziu um relatório que inclui recomendações para o desenvolvimento da *e-health* em Portugal.

Acesso limitado e descoordenado do cidadão à informacão

- As novas tecnologias em Portugal têm uma penetração significativa entre a população (telefones fixos, telefones móveis, *Internet* e televisão por cabo). Tem aparecido, tanto por iniciativa do sector privado, como do sector público (por exemplo a Linha Saúde Pública/Linha Gripe e a Saúde 24), uma série de mecanismos de informação ao cidadão. Estas iniciativas têm sido descoordenadas e não o reflexo de um estratégia bem pensada.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Promover e melhorar o acesso

- A redução das listas de espera é uma prioridade tanto para intervenções cirúrgicas, como para consultas em ambulatório. Para dar resposta à primeira questão, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)[115] está em desenvolvimento. Em relação à segunda questão, a situação precisa de ser documentada e caracterizada para que se lhe possa dar a resposta adequada.

Apoiar o desenvolvimento da telemedicina

- Serão desenvolvidas orientações estratégias sobre a telemedicina no SNS e em Portugal.

Melhorar o acesso do cidadão à informacão

- Será criado um Centro de Informação de Saúde para o Cidadão (*Contact Center*), a ser desenvolvido em diferentes fases:

114 Despacho n.º 24143/2001, publicado em DR II de 27 de Novembro.

115 Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002 de 2002-04-26 - Aprova o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas.

    - um número único de acesso a linhas verdes e a outras linhas de informação sobre saúde;
    - uma fase de alargamento dos temas abordados, incluindo informação sobre processos básicos do SNS e tratamento de reclamações, aumentando-se ao mesmo tempo a interactividade do Centro através de portais *Web*;
    - uma fase em que os serviços prestados incluiriam não só o aconselhamento mas também a triagem e encaminhamento de utentes aos diversos serviços do SNS.
- Em relação à triagem, muitas actividades poderão ser organizadas em termos de triagem telefónica (triagem telefónica para actividade programada/triagem telefónica para actividade em urgência).
- Em termos de Triagem telefónica para a actividade em urgência, é necessário estabelecer mecanismos de: encaminhamento para a urgência hospitalar; encaminhamento para a urgência do centro de saúde; encaminhamento para consulta prioritária até 72 horas após o pedido, quer em termos de centro de saúde, quer em termos de hospital; encaminhamento para consulta programada.
- Este mecanismo de triagem assentará na pré-definição de taxas de referência, internacionalmente estabelecidas, como seja a definição, por exemplo, de quantas urgências vão funcionar, por X/10.000 habitantes, durante 24 horas (incluindo Centros de Saúde);
- Após a triagem, será feito o encaminhamento electrónico para a instituição que vai receber o doente.

Diagnóstico e tratamento

Altas tecnologias da saúde

Situação actual

<u>Assimetrias na acessibilidade às altas tecnologias</u>

- O desenvolvimento científico e tecnológico tem posto à disposição da sociedade um conjunto de conhecimentos e instrumentos cada vez mais sofisticados. Assim, desde o aparecimento dos Raios X até às últimas tecnologias com os positrões, passando pela Medicina Molecular, vai um longo caminho que muito tem contribuído para o diagnóstico e terapêutica dos doentes.
- É cada vez maior a importância que a medicina nuclear representa na área do diagnóstico por imagem..
- Existe actualmente uma procura crescente de testes moleculares nas áreas do cancro (diagnóstico inicial e avaliação da resposta terapêutica, incluindo a monitorização do transplante de medula óssea) das doenças hereditárias (diagnóstico pré-natal, aconselhamento familiar e diagnóstico precoce de doenças genéticas) e das doenças infecciosas (diagnóstico e monitorização das infecções virais).
- O País carece de centros tecnologicamente avançados, que garantam a todos os cidadãos o acesso em tempo útil a este tipo de testes. De salientar que se trata de uma área em rápida evolução científica e tecnológica, que requer uma constante actualização de equipamentos e formação de recursos humanos.
- Por outro lado, os princípios da equidade e da acessibilidade exigem que para efectuar uma simples radiografia, os utentes não tenham de se deslocar centenas de quilómetros, tendo ainda de se sujeitar a longos tempos de espera para a sua realização.
- Deve-se fazer referência à ausência de transposição e implementação das directivas comunitárias referentes à protecção radiológica.

Intervenções necessárias

Melhorar o acesso e aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica

- Os princípios da equidade e da acessibilidade exigem que os utentes possam aceder, de forma simples e efectiva, ao meios necessários para um adequado diagnóstico da sua situação de doença, nomeadamente radiológicos, que devem, por isso, estar disponíveis localmente e, se possível, ao nível dos cuidados de saúde primários.
- Deverão ser garantidos, no âmbito do Plano Oncológico, o acesso dos doentes aos centros de radioterapia, de acordo com uma organização adequada da prestação destes serviços a esta população.
- A importância que a medicina nuclear representa na área do diagnóstico por imagem implica que se deva apostar numa descentralização progressiva destes serviços, ao nível dos hospitais centrais e distritais, para que se possam diagnosticar situações patológicas de forma precoce, contributo decisivo para a melhoria da qualidade de vida dos utentes
- Deverão ser garantidos os meios necessários à implementação das directivas comunitárias referentes à protecção radiológica.

Medicamentos e produtos de saúde

Situação actual

Orientações no âmbito do medicamento

- As orientações no âmbito do medicamento são as seguintes:
    - incremento da racionalidade terapêutica;
    - promoção da informação que garanta um maior rigor e segurança na prescrição e acautele a sustentabilidade da despesa;
    - promoção dos medicamentos genéricos;
    - desenvolvimento da expansão dos medicamentos genéricos, incentivando a prescrição por denominação comum internacional (DCI);
    - promoção da equidade no acesso aos medicamentos;
    - comparticipação gradual, com uma base nos preços de referência para grupos de medicamentos homogéneos, melhorando em simultâneo o acesso aos medicamentos por parte dos doentes de menores recursos e possuidores de doenças debilitantes.
- Constituem também referenciais as acções desenvolvidas ao nível da União Europeia, nomeadamente a revisão da legislação farmacêutica, que, entre outros objectivos, visa facilitar o acesso aos medicamentos inovadores e a reflexão sobre inovação e acessibilidade ao medicamento no quadro do Grupo de Alto Nível G10, em que Portugal tem assento.

Competitividade da indústria farmacêutica

- No contexto da melhoria da competitividade da indústria farmacêutica, localizada em Portugal, foi aprovada em Conselho de Ministros uma resolução[116], que assume o carácter estratégico da indústria farmacêutica para o País.
- Nesta resolução é criado, na dependência do INFARMED, o Conselho Consultivo para o Desenvolvimento Estratégico do Sector do Medicamento (CCDESM) - um interlocutor com as seguintes atribuições:
    - definir uma política do medicamento baseada na qualidade, segurança e validação da racionalidade científica e económica;
    - propor o reforço das actividades de investigação e desenvolvimento no sector do medicamento, nomeadamente em matéria de investigação;
    - estudar formas de financiamento dos programas e medidas tecnológicas a implementar, com impacto no sector, a nível nacional e internacional.

116 Resolução do Conselho de Ministros n.º 133/2002, de 25 de Setembro - Aprova medidas nas áreas prioritárias para a indústria farmacêutica em Portugal, procedendo à revisão da Resolução do Conselho de Ministros n.º 75/2001, de 28 de Junho

Competências do Ministério da Saúde

Ao Ministério da Saúde incumbe, através do INFARMED:

- Facilitar o acesso aos medicamentos destinados a patologias raras e debilitantes, incentivando o seu fabrico;
- Estimular a criação das condições necessárias ao fabrico e consequente introdução no mercado nacional de medicamentos que, pelas suas características, se revestem de reduzido interesse comercial (por ex., os destinados a patologias que afectam um reduzido número de doentes, os considerados medicamentos órfãos);
- Incrementar a produção nacional de medicamentos;
- Agilizar os prazos de avaliação dos processos de licenciamentos e de autorizações;
- Adoptar medidas que promovam o desenvolvimento da investigação farmacêutica e clínica em Portugal;
- Desenvolver um sistema de comparticipação no custo dos medicamentos;
- Desenvolver um sistema de informação do medicamento;
- Prescrever e dispensar medicamentos.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Melhorar o acesso aos medicamentos

- Será contemplada uma harmonização do regime de acesso aos medicamentos destinados a patologias raras debilitantes e às doenças crónicas;
- Será promovida a avaliação, autorização e utilização de medicamentos genéricos de forma activa e sustentada, criando-lhes uma imagem credível e duradoura, junto das classes médica e farmacêutica, bem como do cidadão em geral, através de:
    - informação de carácter pedagógico aos cidadãos;
    - informação e formação especializada aos profissionais de saúde, nomeadamente no âmbito da prescrição e cedência de medicamentos equivalentes;
    - priorização da autorização de introdução no mercado e comparticipação;
    - desenvolvimento dos critérios aplicáveis aos medicamentos não sujeitos a receita médica.
- Será ainda comtemplado o desenvolvimento de um sistema de cedência de medicamentos a nível dos Cuidados de Saúde Primários, à semelhança do que ocorre em meio hospitalar, de forma a aproximar os recursos disponíveis do cidadão, e como estratégia de encaminhamento do cidadão dos Cuidados Diferenciados para os Cuidados de Saúde Primários. Tal situação torna-se mais importante no que diz respeito às doenças crónicas que possuem condições de serem tratadas em regime ambulatório, evitando dificuldades que possam afectar negativamente a adesão à terapêutica e ao controlo da doença.

Adequar o preço do medicamento através da revisão do sistema de comparticipação de medicamentos

- O regime de comparticipação será revisto com base nos preços de referência para os medicamentos contendo substâncias activas para as quais estejam comercializados medicamentos genéricos[117].
- Serão avaliados os regimes especiais de comparticipação, de forma a melhorar a acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes de menores recursos e possuidores de doenças crónicas e incapacitantes.
- Serão também reavaliadas as comparticipações em medicamentos com menor eficácia relativa, com o objectivo de permitir e facilitar a comparticipação dos medicamentos inovadores, com ganhos de saúde.
- Serão reforçados os mecanismos de supervisão do preço dos medicamentos, nomeadamente para os medicamentos não abrangidos pelo regime de preços de referência.
- Será revisto o sistema global de determinação do preço dos medicamentos.

117 Decreto Lei n.º 270/2002, de 2 de Dezembro - Estabelece o sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos e altera o Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Junho..

Optimizar o Sistema de Informação do Medicamento através da implementação de um mecanismo de recolha e difusão de informação

- Visando o incremento da informação destinada aos profissionais de saúde e aos cidadãos, serão introduzidas novas formas de comunicação, reforçando a utilização dos meios electrónicos disponíveis (p.ex. *wurtzite* do INFARMED, *nepaleses* electrónicas destinadas a médicos e farmacêuticos), para difundir:
    - informação objectiva, nomeadamente sobre medicamentos autorizados, medicamentos comparticipados, suas indicações terapêuticas aprovadas, condições de utilização, custos, medidas sobre restrição ou suspensão de medicamentos, informação de farmacovigilância;
    - a continuidade de actividades em vigor, tais como a publicação do Prontuário Terapêutico, do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, em formato de papel e electrónico.
- Será desenvolvido um sistema integrado de recolha de informação na área do medicamento, no âmbito do Sistema de Saúde, incluindo a utilização e consumo de medicamentos, e com o objectivo de análise e avaliação coordenada a nível central;
- Será desenvolvido o Observatório do Medicamento, com optimização do sistema de monitorização do mercado, através da recolha e avaliação de informação farmacoepidemiológica e farmacoterapêutica, indicadores no âmbito da farmacovigilância e reacções adversas a medicamentos, ao nível da quantidade de medicamentos prescritos por DCI, percentagens de medicamentos genéricos no mercado e erros de medicação, e com o objectivo de promover a utilização racional dos medicamentos.

Melhorar a qualidade e a eficiência da prescrição médica

Serão desenvolvidas várias intervenções necessárias:

- Promoção da prescrição por DCI, abrangendo gradualmente os grupos de fármacos que incluam medicamentos genéricos;
- A adopção de um novo modelo de receita médica, com a inclusão da modalidade de receita médica renovável;
- O desenvolvimento de sistemas de apoio à decisão clínica, através de uma melhoria da qualidade da informação sobre o medicamento e divulgação ao Sistema de Saúde e aos profissionais de saúde;
- O desenvolvimento de normas de orientação terapêutica, a produzir através da participação das várias instituições interessadas (DGS, IQS, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Médicos) e tendo em consideração a evidência produzida no âmbito da avaliação do medicamento;
- A reorganização da Farmácia Hospitalar[118], o que requer a participação de vários organismos tutelados pelo Ministério da Saúde (INFARMED, DMRS, DGIES, IGIF, IQS, ARS) e assenta em vários pilares essenciais:
    - desenvolvimento de um sistema de informação (SIFARHO);
    - implementação de um sistema de recolha de dados sobre prescrição e utilização de medicamentos em ambiente hospitalar (CONFARHO);
    - implementação de alterações ao nível das infra-estruturas físicas e tecnológicas (INFARHO);
    - implementação de uma política de recursos humanos (HUMFARHO), que leve em consideração a crescente evolução e especialização das áreas afins às Tecnologias da Saúde;
    - preparação de um sistema nacional de acreditação/certificação da farmácia hospitalar (SNAFARHO);
    - a melhoria da cobertura farmacêutica, através do lançamento de um programa nacional de abertura de novas farmácias, com base no rácio populacional e tendo em conta necessidades específicas das populações residentes em localidades mais afastadas dos grandes centros, nomeadamente em locais onde existam outros

118 Resolução do Conselho de Ministros n.º 128/2002 – DR n.º 257, Série I-B, de 7 de Novembro de 2002 – Aprova o Plano Farmácia Hospitalar, procedendo à revisão do Plano aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2000, de 11 de Agosto.

equipamentos de saúde, ou através da instalação de postos móveis para dispensa de medicamentos.

Sangue

Situação actual

Colheita insuficiente de sangue
- A colheita de sangue é inegavelmente insuficiente para fazer face às necessidades do País.

Insuficiências na organização da Rede Nacional de Transfusão de Sangue (RNTS)
- Estas resultam em parte do facto da colheita de unidades de sangue ainda estar disseminada em pequenas unidades hospitalares, acarretando pouca rendibilidade dos recursos humanos e financeiros e encarecendo desnecessariamente o sector.

Ausência de um sistema de hemovigilância
- Não existe ainda em Portugal um sistema de hemovigilância adequado.

Desadaptacão em relacão às directivas europeias
- A Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho da Europa sobre normas de qualidade e de segurança do sangue doado ainda não foram oficializadas em Portugal.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Aumentar a colheita de sangue
- Continuar os programas de promoção da dádiva de sangue e de educação/informação da população portuguesa saudável, incentivando os seus deveres de cidadania de forma a continuar a progressão dos índices de dádiva de 18/1000 habitantes, em 1989, e 29/1000, em 2001, para 40/1000, índice-padrão da OMS, até 2006, com o objectivo de auto-suficiência em concentrados eritrocitários.

Melhorar a organização da Rede Nacional de Transfusão de Sangue
- Manter a continuação da reorganização da RNTS, concentrando a colheita de sangue nos três Centros Regionais de Sangue de Lisboa, Porto e Coimbra do IPS.

Melhorar o sistema de hemovigilância
- Será desenvolvido um Sistema Nacional de Hemovigilância.

Proceder à adopcão das novas directivas europeias
- Será aprovada uma nova Lei Orgânica do IPS e demais legislação para enquadrar a nova Lei Supranacional da União Europeia.

Transplantes

Situação actual

Dificuldades infra-estruturais
- A transplantação de órgãos e tecidos representa uma área muito específica dentro das actividades da saúde. Tem condicionantes que lhe advêm, em primeiro lugar, da necessidade de obter órgãos, tecidos e células para transplantar, tarefa complexa com forte exigência ética e técnica e fazendo apelo a um elevado grau de capacidade de organização logística e de agilização de procedimentos.
- Por outro lado, é condicionada pela necessidade de recursos humanos muito diferenciados, com elevado grau de empenhamento pessoal e profissional e, em algumas situações, a exigir instalações e equipamentos com condicionalismos específicos.

- Portugal já tem nesta área da saúde tradição e créditos a nível interno e externo, fundamentados em resultados quantitativos e qualitativos que se incluem entre os melhores a nível europeu.
- É possível ainda obter mais ganhos em saúde. São exemplos disso a necessidade de optimizar a detecção de potenciais dadores cadavéricos e por outro a de estimular, para o caso de alguns órgãos e tecidos, a doação em vida. São ainda exemplos as dificuldades em instalações e equipamentos de algumas unidades de transplantação, a dificuldade de mobilidade de recursos humanos de outras e uma melhor definição das formas de financiamento das instituições e dos profissionais.
- Não se encontra institucionalizada e definida em termos actuais a missão e competências da Organização Portuguesa de Transplantação (OPT) e dos seus Gabinetes de Coordenação de Colheita de Órgãos e Transplantação (GCCOT).
- A recente aprovação de uma Directiva Comunitária sobre Colheita, Armazenamento, Processamento e Transporte de Tecidos e Células para Transplantação aumenta o grau de exigência sobre os Estados membros, os seus centros de colheita e transplantação e, muito em particular, sobre a autoridade de inspecção e regulação.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Desenvolver e coordenar as infra-estruturas e recursos necessários ao Programa para o Desenvolvimento da Transplantação

- Irá proceder-se à adequação do quadro de referência legal para a OPT e GCCOT.
- Estender-se-á a actividade de detecção de potenciais dadores a todas as unidades referenciadas na Carta Nacional de Colheita de Órgãos (CNCO) e aumentar-se-á a capacidade de detecção das que estão activas, através da elaboração do Programa para o Desenvolvimento da Transplantação – PDT).
- Prosseguir-se-á com a normalização de procedimentos nas diferentes áreas da actividade de transplantação e a sua integração no sistema de informação da OPT, tendo também em atenção a necessidade de dar resposta às solicitações dos vários registos europeus.
- Definir-se-ão, de uma forma clara, os modos de financiamento das instituições com diversas formas de gestão e dos profissionais com diferentes vínculos contratuais.
- Acompanhar-se-á a implementação, em Portugal, da Directiva da União Europeia – "Normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, recolha, análise, processamento, armazenamento e distribuição de tecido e células humanas".
- Melhorar-se-á todo o sistema de informação que permite a monitorização e gestão desta complexa área de trabalho.

Qualidade em saúde

Qualidade da prestação de serviços de saúde

Situação actual

Escassa cultura de qualidade

- É por todos visível que o nosso Sistema de Saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores.
- É, por outro lado, insuficiente a divulgação de experiências devidamente avaliadas e que configuram sinais de sucesso.

Défice organizacional dos servicos de saúde

- Os diagnósticos efectuados e publicados referentes ao desempenho dos serviços de saúde têm demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de lideranças em que estes trabalham.

Falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão

- Os principais agentes de decisão, investigadores em saúde e líderes de opinião convergem na constatação da escassez (ou, mesmo inexistência) de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde.

Insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica

- Apesar de hoje ser reconhecida a necessidade da existência de um conjunto de suportes que forneçam bases estruturadas no processo de diagnóstico e de decisão terapêutica e de estar demonstrada a sua efectividade na integração das actividades das diferentes competências que intervêm no processo de prestação de cuidados em saúde, reduzindo a variabilidade não desejada e reforçando a adopção de boas práticas, saem limitadas as iniciativas nestas áreas em Portugal.
- Com a publicação pelo IQS do livro *Normas de Orientação Clínica*, foram definidas metodologias de referência na área das NOC. Em Dezembro de 2002, foi também publicado um livro intitulado *Normas de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco*.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Intervir para melhorar a qualidade da prestacão dos cuidados de saúde

- Promover-se-ão a medidas de implementação de programas de saúde, tecnicamente robustos, geridos e participados, com vista ao desenvolvimento de uma cultura de efectividade das intervenções.

Intervir para melhorar a qualidade organizacional dos serviços de saúde

- Continuar-se-á a apostar na acreditação de hospitais, ao abrigo do protocolo com o *King's Fund Health Quality Service.* (KFHQS),
- Nos hospitais em que venha a verificar-se a inexistência de condições para a conclusão da acreditação no tempo previsto, proceder-se-á ao alargamento da aplicação desta metodologia e do Manual de Acreditação nas áreas de liderança e gestão de recursos, com especial ênfase na gestão dos riscos clínicos e não clínicos, higiene, segurança e ambiente.
- Continuar-se-á a desenvolver a formação de auditores na área da qualidade em saúde.
- O projecto de avaliação da qualidade organizacional de centros de saúde (MoniQuOr) irá evoluir para um sistema de qualificação de centros de saúde no contexto da construção de um sistema nacional de qualificação dos centros de saúde, que deverá incorporar também os resultados da avaliação da satisfação dos utentes e profissionais.
- De forma a promover uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total, apostar-se-á na qualidade da gestão (*QualiGest*), tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM) para os serviços públicos, aprovado oficialmente pela Comissão Europeia – o *Common Assessment Framework* (CAF).

Melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão

- Apoiar-se-á a avaliação sustentada da satisfação dos utentes dos serviços de saúde.
- Apoiar-se-á, de uma forma sustentada, a avaliação do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde.
- Serão desenvolvidos projectos no âmbito da avaliação de indicadores de desempenho de unidades de cuidados críticos dos hospitais portugueses, com uma perspectiva de *benchmarking* de indicadores clínicos, de processo e de resultados dos hospitais.

Apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica

- Serão priorizados a dinamização e o apoio ao desenvolvimento de Normas de Orientação Clínica para as profissões técnicas de vocação assistencial.

Abordagem explícita da problemática do erro médico

- Em colaboração com a Ordem dos Médicos, serão desenvolvidas iniciativas, em relação ao erro médico, com fins de melhor salvaguarda da segurança dos cidadãos e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde:
    - investigação e reflexão nesta área;
    - incentivo ao relato sistemático de erros médicos;
    - desenvolvimento de sistemas de segurança dentro das organizações de saúde.

Qualidade do diagnóstico laboratorial

Situação actual

Deficiências dos serviços laboratoriais

- Existe uma desadequação das estruturas laboratoriais às exigências actuais e uma deficiente informatização dos serviços.
- Actualmente, há um número insuficiente de patologistas clínicos para uma prestação de cuidados eficiente, situação que tende a agravar-se no futuro próximo, pela falta de novos profissionais. Simultaneamente, o currículo de formação destes profissionais está desadequado aos padrões europeus e à função que estes exercem no sistema.
- Não se encontra apoio à investigação clínica, nem à sua valorização curricular nesta área
- Existe uma exigência a uma maior produção destes serviços a um menor custo, o que implica, em última instância, em ameaças à qualidade dos resultados produzidos.

Subdesenvolvimento de sistemas de controlo da qualidade do diagnóstico laboratorial

- Nem todos os laboratórios executam controlo interno dos seus ensaios analíticos, e só alguns participam em ensaios interlaboratoriais nacionais ou internacionais no quadro da avaliação externa da qualidade.
- No entanto, é de realçar o esforço realizado pelo CRSP do Norte nesta área:
    - fez-se um diagnóstico de situação;
    - tentou-se dar uma orientação estratégica aos laboratórios distritais para integrarem as suas actividades nos programas dos serviços de saúde pública;
    - elaborou-se e executou-se um programa de formação;
    - iniciou-se o processo (em fase muito adiantada) de implementação de um sistema de garantia de qualidade.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Reforcar os servicos laboratoriais

- Investir-se-á na melhoria das instalações e equipamentos dos laboratórios.
- Deverá ser reestruturada a formação dos patologistas clínicos e a sua adequação funcional ao sistema.
- Os incentivos a formação e à investigação clínica e laboratorial serão desenvolvidos, em paralelo com a definição de indicadores de desempenho profissional que garantam a qualidade e produtividade.

Melhorar a qualidade do diagnóstico laboratorial

- Será implementado um sistema de garantia de qualidade, de acordo com as normas vigentes (Norma ISO 9000 e a Norma Portuguesa 17025).
- A este respeito, os Laboratórios de Saúde Pública (dependentes dos Centros Regionais de Saúde Pública) desempenharão um papel exemplar em cada região, em estreita colaboração com o INSA (laboratório nacional de referência).

Humanização dos serviços

Situação actual

Nova dimensão da Ética no Sistema

- Um foco de descontentamento e das reclamações apresentadas pelas populações atendidas nos serviços de saúde é a desumanização que a prestação de cuidados de saúde sofre, devido a inúmeros factores intrínsecos ao trabalho desenvolvido. Existe uma constante insipiência de medidas concretas para minimizar este problema e melhorar a qualidade do atendimento prestado.
- Reconhece-se a inexistência de um fio condutor, representado pela dimensão Ética, no que se refere a direitos e deveres de cidadãos, de profissionais e de responsáveis que intervêm no Sistema de Saúde. A oportunidade do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas é disso exemplo, na medida em que um Sistema de Saúde humanizado não é compatível com listas de espera daquela magnitude.
- Existem indícios de dificuldades na prestação de cuidados de saúde ao nível do atendimento e da comunicação com estrangeiros e do respeito pelas crenças religiosas dos indivíduos. Os problemas de formação dos profissionais de saúde nestas áreas acarretam consequências em termos de qualidade na prestação dos cuidados e da saúde dos indivíduos.

Comissões de Ética sem formacão específica

- É de realçar, também, que, apesar de já existirem Comissões de Ética em 92% dos hospitais do SNS, 60% dos membros não tem formação específica nesta matéria.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Dar uma nova dimensão da Ética no Sistema

- Do acesso à humanização dos serviços, da diversidade étnica à religiosa, da responsabilidade à deontologia, do conhecimento dos respectivos direitos e deveres à sua observação prática, todas são áreas que receberão um novo enquadramento, incluindo o legal.

Investir na formacão dos membros das Comissões de Ética

- No quadro dos financiamentos disponíveis para a formação de dirigentes, investir-se-á na formação dos membros destas comissões.

Revitalizar a Comissão Nacional de Humanizacão e Qualidade dos Servicos de Saúde

- Será revitalizada esta Comissão e serão desenvolvidas estratégias abrangentes, de forma a garantir o respeito pela pessoa doente e familiares e a humanização dos serviços de saúde.

Assistência espiritual e religiosa

Situação actual

Complexificação das necessidades neste âmbito

- A pluralidade cada vez maior de opções espirituais e religiosas da sociedade portuguesa expressa-se, no seio do Sistema de Saúde, em necessidades progressivamente diferenciadas;
- A cultura dominante, caracterizada por uma certa crise de sentido, torna mais difícil a relação com o sofrimento e, nomeadamente, com a morte, que cada vez mais acontece no sistema;

- O tempo da doença surge como o grande lugar de emergência das questões antropológicas e espirituais;
- As pessoas esbarram com a experiência da doença, estando cada vez menos preparadas para a enfrentar e integrar;
- O envelhecimento da população faz subir, nos internamentos, o número de idosos que solicitam mais a assistência religiosa;
- Doenças novas, tal como novas possibilidades terapêuticas, determinam longos internamentos, que pedem um tipo de apoio que ultrapassa o âmbito do apoio psicológico e constitui, especificamente, pedido de apoio espiritual e, muitas vezes, de assistência religiosa;
- Por outro lado, novas formas de vivência religiosa surgem, acompanhadas de fenómenos de proselitismo, que nos hospitais encontram espaço privilegiado para se exercerem.

Deficitária integração desta dimensão nos cuidados de saúde prestados

- As, muitas vezes, deficientes condições de internamento, o progresso da medicina e da prática dos cuidados de saúde, nomeadamente a evolução biotecnológica que se vem registando, tornam cada vez mais difícil a criação de relações que respeitem o doente como sujeito de espiritualidade, levando a uma efectiva desvalorização desta dimensão e à sua consideração como extrínseca aos cuidados de saúde;
- Verifica-se que a visão holística do ser humano, que pressupõe uma assistência integral incompatível com a não consideração da dimensão espiritual e religiosa dos doentes, não enforma suficientemente os cuidados prestados, constatando-se que a formação dos agentes destes, tanto a pré-graduada como a pós-graduada, não tem suficientemente em conta esta dimensão;
- Não são raras as manifestações de indiferença face a este direito fundamental dos doentes, e mesmo relativamente a solicitações concretas que estes formulam e que são menosprezadas ou ignoradas.

Insuficiência do modelo vigente de Serviços Religiosos Hospitalares

- O conceito subjacente ao actual modelo de Serviços Religiosos Hospitalares[119], manifesta-se insuficiente nas actuais circunstâncias, centra-se sobre a assistência religiosa, nomeadamente a católica, não se abrindo ao domínio mais vasto do acompanhamento espiritual;
- Apesar do preâmbulo do Decreto Regulamentar 22/90, que reviu esta situação, abrir perspectivas, não concretizadas no articulado, dos leigos devidamente preparados, poderem exercer esta missão assistencial, tal não acontece;
- A capitação de um capelão por cada 400 camas, em si já limitativa, pode chegar ao excesso de um capelão para 799 camas;
- A inexistência de uma clara situação orgânica do Serviço Religioso é factor determinante da sua marginalização no funcionamento das instituições, relegado para a simples administração de sacramentos;
- A Lei da Liberdade Religiosa encontra-se por regulamentar, no que toca à assistência hospitalar;
- A Lei da Gestão Hospitalar coloca em questão a subsistência do modelo vigente nos hospitais de gestão empresarial.

Orientações estratégicas e intervenções necessárias

Promover o aprofundamento da consciência sobre esta dimensão no Sistema

- Não é de qualidade a prestação de cuidados de saúde que não considere o respeito activo por este direito fundamental dos Doentes, conforme o Art.º 2 da Carta dos Direitos do Doente Internado, publicado pela DGS;
- A dimensão espiritual, que para muitos se define religiosamente, é constituinte fundamental da pessoa que está doente, conferindo-lhe a situação de doença maior importância ainda, uma vez que põe em causa o próprio sentido da vida;

119 Regulamentado pelo Decreto 58/80 e revisto pelo Decreto 22/90

- Esta dimensão integra, por isso, um conceito de saúde que se queira antropologicamente fundamentado e realmente integral, sendo pois essencial a uma prática holística de cuidados de saúde;
- Deve ser realizada a sensibilização das instituições e dos profissionais para esta questão, em ordem a uma cultura hospitalar aberta à expressão das necessidades e opções espirituais e religiosas dos doentes, salvaguardando que o respeito pela liberdade de cada um neste domínio se concretiza na oferta da possibilidade de se revelar e não na ignorância institucional a que esta questão é votada;
- É prioritário enquadrar legalmente a existência de serviços de assistência espiritual e religiosa, garantindo, nas instituições, a existência de profissionais especificamente formados e de infra-estruturas adequadas, bem como a disponibilização dos meios económicos necessários.

Investir na formação dos Profissionais

- É necessário que esta dimensão seja considerada na formação dos profissionais de saúde, independentemente do grupo profissional a que pertencem, devendo estar presente, quer na formação pré-graduada, quer na formação pós-graduada, e, em particular, na formação contínua e em serviço;
- Particular formação deve ser exigida àqueles que, em tarefa complementar à de todos os outros, se ocupam especificamente do acompanhamento espiritual e da assistência religiosa;
- Deve procurar-se a constituição de uma instância responsável por esta formação, bem como a elaboração de percursos formativos adequados às finalidades prosseguidas.

Criar um novo modelo de Servico de Assistência Espiritual e Religiosa

- O reconhecimento da realidade plural da sociedade portuguesa e uma sã antropologia determinam que à prática da assistência religiosa se acrescente o acompanhamento espiritual, no contexto dos cuidados de saúde;
- Por outro lado, no que toca à assistência especificamente religiosa, devem ser equacionadas explicitamente as consequências que decorrem, quer da Concordata e legislação vigente no quadro por esta estabelecido, quer do quadro legal resultante da Lei da Liberdade Religiosa, nomeadamente as exigências das questões ecuménica e inter-religiosa;
- É prioritária a formação adequada dos agentes desta assistência espiritual e religiosa, tarefa que não deve ser exclusivamente reservada a clérigos e religiosos;
- O número de camas por cada agente deve ser inferior ao actual;
- A situação orgânica do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa deve proporcionar um novo enquadramento institucional, reconhecendo a sua relevância na humanização e na qualidade dos cuidados.

Índice Geral

VOLUME I

Índice do Volume I
Lista de Abreviaturas
Estruturas de Coordenação
Contributos Recebidos
Prefácio

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

PROCESSO DE PLANEAMENTO

O PNS como guia para a acção e da mudança
Adequação a valores orientadores

PONTO DE PARTIDA

Estado de saúde dos Portugueses
Sistema de saúde em Portugal

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DO PLANO

ESTRATÉGIAS GERAIS

Prioridade aos mais pobres
Abordagem programática
Abordagem com base em settings

ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS

Abordagem centrada na família e no ciclo de vida
Abordagem à gestão integrada da doença

ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA

Mudança centrada no cidadão
Capacitar o sistema de saúde para a inovação
Reorientar o sistema de saúde
Acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento

GARANTIR A EXECUÇÃO DO PLANO

Mecanismos de acompanhamento do Plano
Mecanismos de cativação de recursos
Mecanismos de diálogo
Adequação do quadro de referência legal

VOLUME II

Índice do Volume II
Lista de Abreviaturas
Estruturas de Coordenação
Contributos Recebidos
Prefácio

INTRODUÇÃO

ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS

Abordagem centrada na família e no ciclo de vida
Abordagem à gestão integrada da doença

ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA

Mudança centrada no cidadão
Capacitar o sistema de saúde para a inovação
Reorientar o sistema de saúde

ANEXOS

ANEXO 1 - Endereços electrónicos úteis para decisões baseadas em evidência científica
ANEXO 2 – Programas Nacionais
ANEXO 3 – Quadros de indicadores de saúde

ANEXOS

Anexo 1
Endereços electrónicos úteis para decisões baseadas em evidência científica

Anexo 2
Programas Nacionais

Anexo 3
Quadros de indicadores de saúde

ANEXO 1 - ENDEREÇOS ELECTRÓNICOS ÚTEIS PARA DECISÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

- *Agency for Healthcare Research and Quality* (EUA): www.ahrq.gov
- *Centers for Disease Control and Prevention* (EUA): www.cdc.gov
- Doença do Legionário: www.ewgli.org
- *Eurohealth*: www.lse.ac.uk/Depts/lse_health
- *Food and Drug administration* (EUA): www.fda.gov
- Health Care Association of New York: www.hanys.org/resource
- *International Agency for Research on Cancer* (IARC): www.iarc.fr
- Linha Gripe: www.linhagripe.net
- *London School of Economics* (RU) www.lse.ac.uk/Depts/lse_health
- *National Institutes of Health (*EUA): www.nih.gov
- *National Library of Medicine* (EUA): www.nlm.nih.gov/
- NHS Center for Review and Dissemination: www.york.ac.uk
- Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde: www.observatory.dk
- Observatório Português de Sistemas de Saúde: www.observaport.org
- Organização Mundial da Saúde:
    - www.OMS.int/entity/en/
    - www3.OMS.int/OMSsis/menu.cfm
    - www.OMS.int/health_topics/
    - www.OMS.int/health-systems-perfomance/
    - www.OMS.int/library/database/index.en.shtml
    - Organização Mundial da Saúde – Europa: www.OMS.dk
    - Organização Pan-Americana de Saúde: www.paho.org
- Direcção-Geral da Saúde (www.dgsaude.pt)
- Portal do cidadão (www.portaldocidadao.pt)
- Lojas do cidadão – destaca-se pela informação relativa aos serviços administrativos na área da saúde, disponibilizada nas suas lojas e no seu portal (www.lojadocidadao.pt)
- União Europeia e Políticas de Saúde:
    - www.healthsystems.org
    - www.kingsfund.org.uk
    - www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting.html
    - www.stg.nl/publications
    - cebm.jr2.ox.ac.uk
    - www.hta.nhsweb.nhs.uk/
    - www.OMS.int./health-services-delivery/human/workforce/
    - Outros endereços para apoio à Decisão Baseada na evidência:
    - http://www.cochrane.org/
    - http://www.indigojazz.co.uk/cebm/index.asp
    - http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/
    - http://www.nice.org.uk/
    - http://ebm.bmjjournals.com/
    - http://ebn.bmjjournals.com/
    - http://evidencenetwork.org
    - http://www.campbellcollaboration.org/

ANEXO 2 – PROGRAMAS NACIONAIS

Neste anexo revêem-se programas e projectos de âmbito nacional, os quais são repensados numa perspectiva de desenvolver Programas Nacionais, integradores de muitos programas e acções avulsas e descoordenadas. Os **40 Programas Nacionais** resultantes serão:

1. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
2. Programa Nacional de Promoção da Saúde em Crianças e Jovens
3. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
4. Programa Nacional de Saúde Escolar
5. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas
6. Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA e outras Doenças de Transmissão Sexual
7. Programa Nacional de Vacinação
8. Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: fase de pós-eliminação
9. Programa Nacional para a Eliminação do Sarampo e Prevenção da Rubéola Congénita
10. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose
11. Programa Nacional Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe
12. Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos
13. Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais
14. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas
15. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares
16. Programa Nacional de Controlo da Asma
17. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas
18. Programa Nacional de Controlo da Diabetes
19. Programa Nacional de Luta contra a Obesidade
20. Programa Nacional de Luta contra as Doenças Reumáticas
21. Programa Nacional para a Saúde da Visão
22. Programa Nacional de Controlo das Hemonoglobinopatias
23. Programa Nacional de Luta contra a Depressão
24. Programa Nacional para a Perturbação de Stress Pós-Traumático
25. Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool
26. Programa Nacional de Prevenção do Consumo de Drogas Ilícitas
27. Programa Nacional de Luta contra a Dor
28. Programa Nacional de Cuidados Paliativos
29. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes
30. Programa Nacional de Luta contra as Desigualdades em Saúde
31. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida
32. Programa Nacional de Saúde Ambiental
33. Programa Nacional de Controlo da Higiene Alimentar
34. Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde nos Locais de Trabalho
35. Programa Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde
36. Programa Nacional de Gestão da Informação e do Conhecimento
37. Programa Nacional de Desenvolvimento da Transplantação
38. Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais
39. Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde
40. Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva	DGS	Deverão ser abrangidos os seguintes Programas e Projectos existentes e contempladas as medidas avulsas adoptadas no seu âmbito: - Planeamento Familiar - Vigilância pré-natal.	**Planeamento Familiar (DGS)** Despacho de 16/3 de 24 de Março de 1976 – determina a criação das consultas de P.F. nos serviços de ginecologia/obstetrícia Lei 3/84 de 24 de Março – Determina a instituição das actividades de Educação Sexual e Planeamento Familiar Portaria 52/85 de 26 de Janeiro – Regulamenta as consultas de P.F. e cria os Centros de Atendimento para adolescentes Lei 120/99 de 11 de Agosto – Reforça as garantias do direito a Saúde Reprodutiva DL 259/2000 de 17 de Outubro – Regulamenta a Lei 120/99 Circular Normativa 2/DSMIA – 1998 – Normaliza a Prestação de cuidados Pré-concepcionais
			Vigilância Pré-natal (DGS) Lei 4/84 – Protecção da Maternidade e Paternidade Despacho 20/91 de 13 de Setembro – Aprova o Programa de Saúde Materno-infantil Despacho 12917/98 de 27 de Julho – Determina a criação das Unidades Coordenadoras Funcionais Despacho 1/91 de 1 de Fevereiro – Institucionaliza os Boletins de Saúde da Grávida e de Saúde Infantil e Juvenil Lei 142/99 de 31 de Agosto – actualiza a Lei 4/84 Despacho 5411/97 de 6 de Agosto – Estrutura o sector do Diagnóstico Pré-natal Despacho 10325/99 de 26 de Maio – Orientações reguladoras dos Centros de D. Pré-natal
			Rede de Referenciação Materno-Infantil (DGS) Despacho Ministerial de 26 de Abril de 2001.

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente
Página 2/11			
Programa Nacional de Promoção da Saúde em Crianças e Jovens	DGS	Deverá ser desenvolvido em articulação com o Programa de Saúde Escolar e, após aprovação do Programa Nacional de Saúde dos Jovens.	**Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação (DGS)** Orientações Técnicas n.º 12. Lisboa: DGS, 2002.
			Programa Nacional de Saúde dos Jovens (DGS) Documento base do Programa aguarda aprovação ministerial.
Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral em crianças e adolescentes	DGS	Deverá ser desenvolvido, periodicamente avaliado e revisto.	**Programa de Promoção da Saúde Oral em crianças e adolescentes (DGS)** Circular Normativa 6/DSE, de 20 de Maio de 1999 (Versão revista em 2003 do Programa aguarda aprovação através de despacho ministerial)
Programa Nacional de Saúde Escolar	DGS ME	Deverá ser mantido e desenvolvido em articulação com o Ministério da Educação.	**Programa de Saúde Escolar (DGS)** Circular Normativa 13/DSE, de 10 de Agosto de 1995.
			Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (Min. Saúde - DGS / Min. Educação) Projecto Europeu de Escolas Promotoras de Saúde
Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas	DGS	Deverá ser desenvolvido após aprovação ministerial e em articulação com o Programa de Apoio Integrado a Idosos.	**Programa de Apoio Integrado a Idosos (ISSS)** Desp. Conj. de 1-7-1994 do Ministério da Saúde e do Ministério Emprego e da Seg. Social (DR, II Série, de 20.7.1994)
			Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS) Documento base do Programa aguarda aprovação ministerial.
Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA e outras Doenças de Transmissão Sexual	DGS CNLCS	Deverá ser desenvolvido um programa de identificação, vigilância e de controlo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em articulação com o Plano Nac. de Luta contra a SIDA	**Plano Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS)** Documento base actual: Plano Nacional de Luta contra a SIDA 2004: Metas para 2006.

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Vacinação	DGS	Deverá ser mantido e periodicamente revisto	**Programa Nacional de Vacinação** DL 46628, de 5 de Novembro de 1965 (revisto periodicamente). Despacho Ministerial nº 8707/99, de 7 de Abril (DR, II Série). Desp. Min. Secr. Estado da Saúde nº 13697/2000, de 31 de Maio (DR, II Série). Orientações técnicas nº10 de 2000.
Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: fase de pós-eliminação	DGS	Deve ser desenvolvido com base no Plano de Acção de Pós-Eliminação da Poliomielite e operacionalizado	**Plano de Acção de Pós-Eliminação da Poliomielite (DGS)** Despacho Ministerial nº 1191/2004, de 20 de Janeiro.
Programa Nacional para a Eliminação do Sarampo e Prevenção da Rubéola Congénita	DGS	Deve ser desenvolvido com base na revisão do actual Programa Integrado de vigilância clínica e laboratorial do Sarampo e operacionalizado	**Programa Integrado de vigilância clínica e laboratorial do Sarampo (DGS/INSA)** Circular Normativa 6/DT, de 24 de Setembro de 1998. (Em fase de revisão e actualização da Circular Normativa)
			Strategic Plan for Measles and Congenital Rubella Infection in Europe Region of WHO. WHO, 2003.
Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose	DGS	Deve ser desenvolvido com base no actual Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e através da implementação e expansão da estratégia DOTS da OMS.	**Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (DGS)** DR, II Série, nº 218, de 20/9/1995
Programa Nacional Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe	INSA/CNG	Deve ser desenvolvido com base no actual Programa Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe e no Plano de Contingência da Gripe	**Programa Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe (CNG - Centro Nacional da Gripe/INSA)** Atribuições do CNG (Artº 18º, do DL nº 307/93, de 1 de Setembro)
			Plano de Contingência da Gripe (DGS) Decisão Ministerial de 1997.

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Vigilância do consumo de antimicrobianos (INFARMED)**
			Vigilância das resistências aos antimicrobianos (INSA e outras instituições)
			Programa de Vigilância e Controlo da Resistência aos Antimicrobianos (DGS) Comissão para elaboração do Programa a designar
Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI)** 1999 **Comissão de controlo da infecção(CCI)** Despacho da DGS publicado no Diário da República nº 246, de 23-10-1996
Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas	DGS CNO	Deve ser elaborado com base na revisão e desenvolvimento do Plano Oncológico Nacional e operacionalizado	**Plano Oncológico Nacional (CNO - Conselho Nacional de Oncologia)** Resolução do Conselho de Ministros nº 129/2001, de 17 de Agosto.
			Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia (DGS) Despacho Ministerial de 17 de Janeiro de 2002.
Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares	DGS	Deve ser operacionalizado	**Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (DGS)** Despacho nº 16415/2003, DR, II Série, de 22 de Agosto.
			Rede de Referenciação Hospitalar de Cirurgia Vascular (DGS) Em elaboração
			Rede de Referenciação Hospitalar de Intervenção Cardiológica (DGS) Despacho Ministerial de 18 de Julho de 2001.
Programa Nacional de Controlo da Asma	DGS CAPNCA	Deve ser desenvolvido com base no actual Programa Nacional de Controlo da Asma e operacionalizado	**Programa Nacional de Controlo da Asma (DGS/CAPNCA)** Despacho Ministerial nº 2878/2002, DR, II Série, 5 de Fevereiro.

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Programa Nacional de Prevenção das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas (DGS)** Em elaboração
Programa Nacional de Controlo da Diabetes	DGS	Deve ser revisto, formalizado e operacionalizado	**Programa de Controlo da Diabetes Mellitus (DGS)** Dossier da Diabetes 1998, DGS
Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade (DGS)** Em elaboração
Programa Nacional de Luta contra as Doenças Reumáticas	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Plano Nacional de Luta Contra as Doenças Reumáticas (DGS)** Em elaboração
			Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia (DGS) Despacho de Ministerial de 26 de Março de 2002.
Programa Nacional para a Saúde da Visão	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Programa Nacional para a Saúde da Visão (DGS)** Em elaboração
			Rede de Referenciação Hospitalar de Oftalmologia (DGS) Em elaboração
Programa Nacional de Controlo das Hemonoglobinopatias	DGS	Deve ser avaliado e revisto e operacionalizado	**Programa Nacional de Controlo das Hemoglobinopatias (INSA)** Despacho Ministerial, Fevereiro de 1986. Circular Normativa da DGS nº 5/DSMIA, de 18 de Dezembro de 1996.
Programa Nacional de Luta contra a Depressão	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Programa Nacional Luta contra a Depressão (DGS)** Em elaboração
			Rede de Referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental (DGS) Aprovação em 2001. Revisão e actualização. A publicar em 2004

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Página 6/11

Programa Nacional para a Perturbação de Stress Pós-Traumático	DGS MS MDN	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Rede Nacional de apoio aos Militares e Ex-militares (MS/MDN)** Despacho Conjunto 364/2001, de 20 de Abril, dos Ministérios da Saúde e da Defesa; Despacho da DGS, de 16 de Out. de 2003 (Intervenção na crise e psiquiatria de catástrofe) - Metodologia de avaliação em desenvolvimento.
Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool	DGS CRA	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado. Os Planos existentes devem ser revistos e desenvolvidos no âmbito deste programa.	**Plano de Acção Contra o Alcoolismo (DGS /CRA)** Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de Novembro - Aprova o Plano de Acção contra o Alcoolismo. (Aguarda nomeação Ministerial da Comissão Interministerial)
			Rede Alcoológica Nacional (CRA /ARS /DGS) Decreto-Lei n.º 318/2000 de 14 de Dezembro
Programa Nacional de Prevenção do Consumo de Drogas Ilícitas	DGS IDT	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado. Os Planos existentes devem ser revistos e desenvolvidos no âmbito deste programa.	**Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência - Horizonte 2004 (MS /IDT)** Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001 de 9 de Abril - Aprova o Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência no Horizonte 2004. Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001 de 13 de Março - Aprova os 30 principais objectivos da luta contra a droga e toxicodependência no horizonte 2004. (Em fase de avaliação de resultados)
			Rede Tratamento da Toxicodependência (MS /IDT) DL 269-A/2002, de 29 de Novembro
Programa Nacional de Luta contra a Dor	DGS	Deve ser avaliado e revisto e operacionalizado	**Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS)** Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001
Programa Nacional de Cuidados Paliativos	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Plano Nacional de Cuidados Paliativos (DGS)** Em elaboração

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Prevenção de Acidentes	DGS INEM INSA	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Plano Nacional de Prevenção Rodoviária (DGS / DGV)** **Conselho Nacional de Prevenção Rodoviária (CNPR)** Resolução do Conselho de Ministros 42/97, publicada no Diário da República n.º 16 de 13 de Março
			Projecto "álcool e drogas na condução" (DGS) Lei nº 77/2001, publicada no Diário da República de 13 de Julho. Decreto-Lei nº 265-A/2001 publicado no Diário da República de 28 de Setembro.
			Rede Nacional de Ambulâncias de Socorro / Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) / Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)
			Centro de Informação Antivenenos (CIAV) / Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)
			Projecto ADÉLIA - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada(INSA)
Programa Nacional de Luta contra as Desigualdades em Saúde	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado, de forma a abranger as demais iniciativas existentes e que se mostrem necessárias. Deve ter em consideração a articulação com o CIDM e as suas iniciativas.	**II Plano Nacional para a Igualdade (CIDM - Ministro da Presidência)** Resolução do Conselho de Ministros nº 184/2003, de 6 de Novembro
			II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (CIDM - Ministro da Presidência) Resolução do Conselho de Ministros nº 88/2003, de 13 de Junho
			Projecto Unidades Móveis (DGS) Ofícios do Director-Geral de Saúde n.º 594,595, 596, 597 e 598 de 16 de Janeiro de 2002 dirigido às ARS.
			Programa de Cuidados de Saúde a Imigrantes (DGS) Inexistente
			Programa Nacional de Saúde para os Estabelecimentos Prisionais (DGS/DGSP) Diversos protocolos entre o Ministério da Justiça e da Saúde. (Em fase de revisão e actualização de protocolos estabelecidos entre várias entidades da Saúde e da Justiça)

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida	DGS	O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida aprovado deve ser operacionalizado de forma a articular as intervenções com as entidades do MS e departamentos da DGS responsáveis por cada uma das áreas contempladas.	**Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DGS)** Despacho 465/2003, de 15 de Dezembro
			Projecto Informar e Educar para Estilos de Vida Saudáveis (DGS) Em elaboração
			Plano de Acção Contra o Alcoolismo (DGS/CRA) Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de Novembro - Aprova o Plano de Acção contra o Alcoolismo. (Aguarda nomeação Ministerial da Comissão Interministerial)
			Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência - Horizonte 2004 (MS/IDT) Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001 de 9 de Abril - Aprova o Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência no Horizonte 2004. Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001 de 13 de Março - Aprova os 30 principais objectivos da luta contra a droga e toxicodependência no horizonte 2004. (Em fase de avaliação de resultados)
			Programa Nacional de Luta Contra a Obesidade (DGS) Em elaboração
			Plano Nacional de Alimentação e Nutrição **Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN)**
			Projecto Vida Activa Saudável no Local de Trabalho (DGS) Em elaboração

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Saúde Ambiental	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado de forma a desenvolver o Plano Nacional de Saúde Ambiental e abranger os demais programas nesta área	**Plano Nacional de Saúde Ambiental (DGS)** Aguarda aprovação ministerial
			Programa Nacional Água e Saúde (DGS) Aprovado por Despacho da DGS, em 2002.
			Programa Nacional para a Prevenção dos Resíduos Hospitalares (DGS) Em elaboração
			Projecto Habitação e Saúde (DGS) Em elaboração
Programa Nacional de Controlo da Higiene Alimentar	DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado em articulação com a área da Saúde Ambiental e outras entidades responsáveis dos ministérios envolvidos	**Programa de Vigilância e Controlo das Toxinfecções Alimentares Colectivas (DGS)** Circular Normativa 14/DT de 09/10/2001 (DGS)
			Programa de Vigilância Epidemiológica de Doenças Humanas por Priões (DGS) Circular Normativa 7/GAB/DG de 17/04/2001 (DGS)
Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde nos Locais de Trabalho	DGS IDICT	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado em articulação com o Ministério do Trabalho e Segurança Social (IDICT)	**Plano de Promoção e Vigilância da Saúde dos Trabalhadores (DGS)** Inexistente
			Plano de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (DGS) Em elaboração

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde	DMRS (MS)	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Programa Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde (Departamento de Modernização e Rec. da Saúde - Min.Saúde)** Inexistente
Programa Nacional de Gestão da Informação e do Conhecimento	UMIC IGIF DGS	Deve ser elaborado, submetido a aprovação e operacionalizado	**Plano de Acção para a Sociedade da Informação – 5º Pilar: Saúde ao Alcance de Todos (UMIC/Ministério da Saúde)** Resolução do Conselho de Ministros 135/2002, de 20 de Novembro - institui e define competências da Unidade de Missão Inovação e Conhecimento (UMIC). Plano de Acção para a Sociedade da Informação aprovado em Conselho de Ministros em 26 de Junho de 2003 - em desenvolvimento até 2005.
			Programa Nacional de Gestão da Informação e do Conhecimento (IGIF/DGS) Inexistente
			Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC (IGIF) Resolução do Conselho de Ministros nº100/2002
			Centro de Informação de Saúde para o Cidadão - *Contact Center* (DGS) Despacho Ministerial de 20 de Fevereiro de 2003.
			Projecto de Prevenção das Expectativas Assistenciais Falhadas (DGS) Despacho Ministerial de 19 de Agosto de 2003.
			Rede de Referenciação Hospitalar de Telemedicina (DGS) Em elaboração

Designação dos Programas Nacionais a desenvolver	Entidade responsável	Orientações Estratégicas para os Programas e Projectos existentes	Enquadramento formal existente

Programa Nacional de Desenvolvimento da Transplantação	OPT MS	Deve ser revisto e operacionalizado	**Programa para o Desenvolvimento da Transplantação (OPT/Ministério da Saúde)** Despacho Ministerial nº 257/1996 de 13 de Agosto publicado no D.R. 204 II série de 03/09/96 – cria a Organização Portuguesa de Transplantação.
			Rede de Referenciação Hospitalar de Transplantação (DGS) Em elaboração
Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais	IQS	Deve ser formalizado e operacionalizado	**Programa Nacional de Acreditação de Hospitais (IQS)** Protocolo entre a DGS e KFHQS, de 17 de Março de 1999; Contrato entre o IQS e KFHQS, em 27 de Setembro de 1998. (Contrato prorrogado com o KFHQS até Setembro de 2006)
Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde	IQS	Deve ser formalizado e operacionalizado	**Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde (IQS)** Regido por medidas avulsas e vários projectos em desenvolvimento
Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial	INSA	Deve ser avaliado, revisto e operacionalizado	**Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial (INSA)** Lei nº 307/93, de 1 de Setembro (Lei Orgânica do INSA), no seu art.º 3º, nº 3, alínea c).

ANEXO 3 – QUADROS DE INDICADORES DE SAÚDE

Os Quadros com os respectivos indicadores de saúde estão distribuídos ao longo das fases do ciclo de vida do indivíduo, de modo a que se possa identificar quais os indicadores mais importantes disponíveis, que reflectem as necessidades de saúde e a situação epidemiológica daquela faixa etária populacional e, assim, delinear metas quantificadas para os próximos anos.

Longe de ser completo, estes quadros representam uma parte da informação disponível actualmente, e que serve de base para as tomadas de decisões.

Desta forma, os quadros apresentados a seguir são:

Quadro 1
Nascer com Saúde: da gravidez ao nascimento e período neonatal.

Quadro 2
Crescer com Segurança: do período neonatal aos 9 anos.

Quadro 3
Uma Juventude a Descoberta de um Futuro: dos 10 a 24 anos.

Quadro 4
Uma Vida Adulta Produtiva: dos 25 aos 65 anos.

Quadro 5
Um Envelhecimento Activo: dos 65 anos em diante.

Observações:
Fonte: DGS – DSIA
Nota: Os dados sobre **Mortalidade** referem-se ao ano de 2001 e os dados de **Morbilidade**, provenientes das DDO, referem-se ao ano de 2002.

Nascer com Saúde (gravidez e período neo-natal)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP
Saúde Infantil - Mortalidade na população													
Morte fetal / 1.000 nados-vivos													
Taxa de Mortalidade fetal	grávida					4,60						4,30	
Morte perinatal / 1.000 nados-vivos													
Taxa de Mortalidade perinatal (total) - 22 e mais semanas	grávida					7,10						6,20	
Taxa de Mortalidade perinatal por anóxia / hipóxia	grávida					2,80						2,20	
Taxa de Mortalidade perinatal por malformações congénitas	grávida					0,90						0,80	
Morte neo-natal / 1.000 nados-vivos													
Taxa de Mortalidade neonatal (total)	recém-nascido					3,40						2,60	
Taxa de Mortalidade neonatal precoce (0-6 dias)	recém-nascido					2,60						2,00	
Taxa de Mortalidade neonetal tardia (7-28 dias)	recém-nascido					0,80						0,60	
Morte													
Esperança de vida (em anos)	a nascença	73,68		80,56		77,13							
Saúde Infantil - Morbilidade na população													
Problemas a nascença e no perído neo-natal													
Taxa% de nascimentos pre-termo	recém-nascido					6,40						6,00	
Taxa% de crianças com baixo peso à nascença	recém-nascido					7,40						6,30	
Saúde Materna - Mortalidade na população													
Morte da mãe durante a gravidez /1000 nados-vivos													
Taxa de Mortalidade Materna	grávida					6,20							
Morte do feto por interrupção da gravidez/1000 nados-vivos													
Taxa abortos	grávida					96,90						89,00	
Taxa abortos em adolescentes (antes dos 20 anos)	grávida					126,40						120,00	
Taxa abortos em idade igual ou superior a 35 anos	grávida					175,60						146,00	
Nascimentos e populações especiais /1000 nados-vivos													
Taxa de nascimentos em mulheres adolescentes (<20 anos)	grávida					5,90						5,50	
Taxa de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos	grávida					14,40						15,60	
Características dos Cuidados de Saúde													
Sífilis													
Incidência de Sífilis congénita	recém-nascido					0,21						0,12	
Cesarianas /1000 nados-vivos													
Taxa de partos através de cesariana	grávida					243,10						276,00	

Quadro 1 - Página 1/1

Crescer com segurança (pós-neonatal aos 09 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 2 - Página 1/6

Mortalidade na população													
Esperança de vida (em anos)													
2001/2002	dos 1-4	73,08		79,92		76,5							
Risco de morrer antes dos 5 anos / 1.000 nados-vivos													
	dos 5 anos					7,2						5,8	
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) / 1.000 nados-vivos													
	<01					5,0						4,4	
(período Pós-neonatal até 1 ano)	1mês-1ano					1,6						1,3	
Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	<01	575,7	23352,0	433,2	16332,5	506,1	39684,5	513,2	20780,5	400,6	15081,5	442,1	35862,0
	dos 1-4	42,4	6633,0	30,4	4489,0	36,6	11122,0	41,0	6432,0	31,0	4556,0	36,1	10988,0
	dos 5-9	24,8	4187,5	19,7	3187,5	22,3	7375,0	24,8	4125,0	17,8	2875,0	21,4	7000,0
Mortalidade por causas específicas na população													
Doenças infecciosas do PNV - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
Doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b													
(CID 9: 041,5)	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hepatite B													
(CID 9: 070,2-070,3)	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tétano													
(CID 9 :037)	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberculose (Respiratória+ do SNC+ Miliar)													
(CID 9: 010-018)	<01	1,7	69,5	0,0	0,0	0,9	69,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Outras doenças infecciosas e parasíticas - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
Gripe													
	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Crescer com segurança (pós-neonatal aos 09 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 2 - Página 2/6

Hepatite C													
	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Doença Meningocócica													
	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	69,5	1,0	69,5	1,0	139,0
	dos 1-4	0,4	67,0	2,3	335,0	1,3	402,0	0,4	67,0	1,4	201,0	1,0	268,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SIDA													
	<01	1,7	69,5	0,0	0,0	0,9	69,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,4	67,0	0,5	67,0	0,4	134,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,8	125,0	0,4	125,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Doenças Cardiovasculares - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	<01	22,3	903,5	11,1	417,0	16,8	1320,5	10,6	486,5	9,8	347,5	9,1	834,0
	dos 1-4	0,4	67,0	0,5	67,0	0,4	134,0	1,4	201,0	0,8	134,0	1,1	335,0
	dos 5-9	1,1	187,5	0,0	0,0	0,6	187,5	1,2	187,5	0,8	125,0	1,0	312,5
Malformações congénitas - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :740-759)	<01	128,5	5212,5	127,2	4795,5	127,6	10008,0	122,6	5004,0	121,7	4517,5	122,2	9521,5
	dos 1-4	7,3	1139,0	3,2	469,0	5,3	1608,0	7,0	1072,0	3,1	402,0	5,1	1474,0
	dos 5-9	1,1	187,5	1,9	312,5	1,5	500,0	1,0	187,5	1,5	250,0	1,3	437,5
Neoplasias malignas (cancros) - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :140-208)	<01	5,1	208,5	1,8	69,5	3,5	278,0	5,0	208,5	2,8	139,0	4,4	347,5
	dos 1-4	5,1	804,0	3,2	469,0	4,2	1273,0	4,6	737,0	2,9	402,0	4,3	1139,0
	dos 5-9	5,9	1000,0	3,5	562,5	4,7	1562,5	5,2	875,0	4,0	625,0	4,6	1500,0
Leucemia													
(CID 9 :204-208)	<01	1,7	69,5	0,0	0,0	0,9	69,5	1,7	69,5	0,5	69,5	1,8	139,0
	dos 1-4	1,3	201,0	0,5	67,0	0,9	268,0	1,0	134,0	0,5	67,0	0,8	201,0
	dos 5-9	0,7	125,0	0,8	125,0	0,8	250,0	0,7	125,0	0,7	125,0	0,7	250,0
Tumores malignos do Cérebro / SNC													
(CID 9 :190-192)	<01	1,7	69,5	0,0	0,0	0,9	69,5	1,6	69,5	0,0	0,0	1,1	69,5
	dos 1-4	2,6	402,0	1,4	201,0	2,0	603,0	2,4	335,0	1,4	201,0	2,3	536,0
	dos 5-9	1,1	187,5	2,7	437,5	1,9	625,0	0,9	187,5	2,3	375,0	1,6	562,5
Outros tumores malignos													
	<01	1,7	69,5	1,8	69,5	1,8	139,0	1,7	69,5	1,8	69,5	1,8	139,0
	dos 1-4	1,3	201,0	1,4	201,0	1,3	402,0	1,2	201,0	1,0	134,0	0,9	335,0
	dos 5-9	3,3	562,5	0,8	125,0	2,1	687,5	3,6	625,0	1,0	125,0	2,3	850,0

Crescer com segurança (pós-neonatal aos 09 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 2 - Página 3/6

Lesões acidentais - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :E47-E56)	<01	27,4	1112,0	24,0	903,5	25,7	2015,5	21,7	903,5	17,8	695,0	19,8	1598,5
	dos 1-4	15,4	2412,0	7,3	1072,0	11,5	3484,0	14,8	2278,0	6,8	1005,0	10,8	3283,0
	dos 5-9	8,5	1437,5	7,0	1125,0	7,8	2562,5	8,3	1375,0	6,6	1062,5	7,5	2437,5
Queimaduras													
(CID 9 :E 51)	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Envenenamento													
(CID 9 :E 48)	<01	1,7	69,5	0,0	0,0	0,9	69,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Acidentes de viação													
(CID 9 :E 471)	<01	0,0	0,0	3,7	139,0	1,8	139,0	0,0	0,0	1,7	69,5	0,9	69,5
	dos 1-4	5,1	804,0	2,7	402,0	4,0	1206,0	4,5	737,0	1,9	268,0	3,3	1005,0
	dos 5-9	4,1	687,5	4,3	687,5	4,2	1375,0	3,8	625,0	3,7	562,5	3,8	1187,5
Afogamento													
(CID 9 :E 521)	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,9	134,0	0,9	134,0	0,9	268,0	0,9	134,0	0,9	134,0	0,9	268,0
	dos 5-9	0,4	62,5	0,8	125,0	0,6	187,5	0,4	62,5	0,8	125,0	0,6	187,5
Suicídio e ferimentos auto-infligidos - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
CID 9 : E 54)	<01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Assalto, homicídio e ferimentos intencionais - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :E 55)	<01	1,7	69,5	0,0	0,0	0,9	69,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 1-4	0,9	134,0	0,0	0,0	0,4	134,0	0,5	67,0	0,0	0,0	0,3	67,0
	dos 5-9	0,4	62,5	0,0	0,0	0,2	62,5	0,4	62,5	0,0	0,0	0,2	62,5
Morbilidade por causas específicas na população - Incidência													
Doenças Infecciosas (PNV) - Incidência Anual / 100.000 indivíduos													
Papeira													
	<01	10,1		1,8		6,1		9,8		2,4		6,1	
	dos 1-4	38,4		16,0		27,5		37,9		15,8		26,9	
	dos 5-9	13,7		12,8		13,3		12,8		12,0		12,4	

Crescer com segurança (pós-neonatal aos 09 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 2 - Página 4/6

Rubéola													
	<01	6,7		9,1		7,9		6,5		9,0		7,7	
	dos 1-4	3,6		3,8		3,7		3,6		3,8		3,7	
	dos 5-9	0,0		1,2		0,6		3,4		2,6		3,0	
Difteria													
	<01	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b													
	<01	3,4		0,0		1,7		1,7		0,0		0,9	
	dos 1-4	1,3		0,5		0,9		1,4		0,7		1,1	
	dos 5-9	0,4		0,4		0,4		0,4		0,4		0,4	
Hepatite B													
	<01	1,7		1,8		1,7		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,4		0,9		0,7		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	1,1		0,4		0,8		0,0		0,0		0,0	
Tosse convulsa													
	<01	0,0		3,6		1,7		1,7		1,7		1,7	
	dos 1-4	0,0		0,0		0,0		0,4		0,4		0,4	
	dos 5-9	0,0		0,0		0,0		0,4		0,4		0,4	
Poliomielite													
	<01	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Sarampo													
	<01	1,7		0,0		0,9		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,0		0,9		0,5		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	0,0		0,4		0,2		0,0		0,0		0,0	
Tétano													
	<01	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Tuberculose (Respiratória+ do SNC+ Miliar)													
(CID 9: 010-018)	<01	43,8		14,5		29,7		35,8		13,5		24,7	
	dos 1-4	6,7		3,3		5,0		6,4		3,1		4,8	
	dos 5-9	3,7		2,7		3,2		3,4		2,5		3,0	

Crescer com segurança (pós-neonatal aos 09 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 2 - Página 5/6

Outras doenças infecciosas e parasíticas - Incidência Anual / 100.000 indivíduos													
Doença dos legionários													
	<01	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Hepatite C													
	<01	1,7		0,0		0,9		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Doença Meningocócica													
	<01	60,7		59,9		60,3		59,5		59,7		59,6	
	dos 1-4	33,5		30,1		31,8		32,9		29,8		31,4	
	dos 5-9	10,0		8,6		9,3		9,6		8,2		8,9	
Zoonoses: Brucelose													
	<01	1,7		1,8		1,7		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,4		0,0		0,2		0,4		0,3		0,4	
	dos 5-9	1,5		2,7		2,1		1,2		2,0		1,6	
Zoonoses: Carbúnculo													
	<01	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Zoonoses: Leptospirose													
	<01	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 1-4	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 5-9	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	

Crescer com segurança (pós-neonatal aos 09 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 2 - Página 6/6

Determinantes Ambientais: Qualidade dos Serviços de Saúde													
Taxas de imunização para a imunização infantil, expressas por crianças com 24-35 meses inclusive tendo completado o PNV como percentagem de todas as crianças naquele grupo etário													
BCG - Tuberculose													
	12 meses					85,6							
DTP: Difteria - Tétano - Tosse convulsa													
	12 meses					93,8							
Hib - Doenças causadas p/ Haemop. Infl. tipo b													
	12 meses					93,9							
VAP - Poliomielite													
	12/24 meses					93,7							
VASPR: Sarampo - Papeira - Rubéola													
	12 meses					91,9							
VHB - Hepatite B													
	12 meses					97,1							

Juventude à descoberta do futuro saudável (10 aos 24 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 3 - Página 1/5

Mortalidade na população													
Esperança de vida (em anos)													
	aos 15 -19	59,38		66,16		62,79							
Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	dos 10-14	30,7	5002,5	21,4	3335,0	26,2	8337,5	31,0	5060,0	20,7	3220,0	25,8	8280,0
	dos 15-20	91,5	16222,5	30,9	5250,0	61,9	21472,5	89,9	15907,5	29,8	5040,0	59,9	20947,5
	dos 20-24	145,0	27170,0	36,0	6602,5	91,1	33772,5	143,8	26932,5	36,5	6650,0	90,2	33582,5
Mortalidade por causas específicas na população													
Doenças infecciosas do PNV - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
Doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b													
(CID 9: 041,5)	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hepatite B													
(CID 9: 070,2-070,3)	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 20-24	0,3	47,5	0,0	0,0	0,1	47,5	0,2	47,5	0,1	47,5	0,2	95,0
Tétano													
(CID 9 :037)	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberculose (Respiratória+ do SNC+ Miliar)													
(CID 9: 010-018)	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,3	52,5	0,0	0,0	0,2	52,5	0,2	52,5	0,0	0,0	0,1	52,5
	dos 20-24	0,5	95,0	0,3	47,5	0,4	142,5	0,6	95,0	0,4	47,5	0,5	142,5
Outras doenças infecciosas e parasíticas - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
Gripe													
	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hepatite C													
	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Juventude à descoberta do futuro saudável (10 aos 24 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 3 - Página 2/5

Doença Meningocócica (A39)													
	dos 10-14	0,4	57,5	0,0	0,0	0,2	57,5	0,4	57,5	0,3	57,5	0,4	115,0
	dos 15-19	0,3	52,5	0,0	0,0	0,2	52,5	0,2	52,5	0,3	52,5	0,3	105,0
	dos 20-24	0,3	47,5	0,3	47,5	0,3	95,0	0,2	47,5	0,2	47,5	0,2	95,0
SIDA													
	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,3	52,5	0,6	105,0	0,5	157,5	0,3	52,5	0,4	52,5	4,0	105,0
	dos 20-24	9,1	1710,0	2,6	475,0	5,9	2185,0	8,9	1615,0	2,4	427,5	5,7	2042,5
Doenças Cardiovasculares - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	dos 10-14	1,1	172,5	1,5	230,0	1,3	402,5	1,0	115,0	1,2	172,5	1,1	287,5
	dos 15-19	2,4	420,0	0,9	157,5	1,7	577,5	2,1	367,5	0,8	157,5	1,5	525,0
	dos 20-24	4,3	807,5	2,1	380,0	3,2	1187,5	4,5	807,5	2,0	380,0	3,3	1187,5
Malformações congénitas - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :740-759)	dos 10-14	2,5	402,5	0,7	115,0	1,6	517,5	2,4	345,0	0,9	172,5	1,7	517,5
	dos 15-19	1,5	262,5	0,6	105,0	1,1	367,5	1,5	262,5	0,5	105,0	1,0	367,5
	dos 20-24	0,8	142,5	1,0	190,0	0,9	332,5	0,6	95,0	0,9	142,5	0,8	237,5
Neoplasias malignas (cancros) - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :140-208)	dos 10-14	4,6	747,5	2,9	460,0	3,8	1207,5	4,2	690,0	3,2	460,0	3,7	1150,0
	dos 15-19	7,7	1365,0	6,2	1050,0	7,0	2415,0	7,5	1260,0	6,1	997,5	6,8	2257,5
	dos 20-24	6,1	1140,0	5,7	1045,0	5,9	2185,0	6,0	1045,0	5,7	997,5	5,8	2042,5
Leucemia													
(CID 9 :204-208)	dos 10-14	2,8	460,0	1,5	230,0	2,2	690,0	3,0	460,0	2,0	287,5	2,5	747,5
	dos 15-19	1,2	210,0	1,9	315,0	1,5	525,0	0,8	157,5	1,2	210,0	1,0	387,5
	dos 20-24	1,3	237,5	1,0	190,0	1,2	427,5	1,2	190,0	1,0	190,0	1,1	380,0
Tumores malignos do Cérebro / SNC													
(CID 9 :190-192)	dos 10-14	1,1	172,5	0,7	115,0	0,9	287,5	1,0	172,5	0,7	115,0	0,9	287,5
	dos 15-19	1,2	210,0	1,9	315,0	1,5	525,0	0,9	157,5	1,7	262,5	1,3	420,0
	dos 20-24	0,5	95,0	1,0	190,0	0,8	285,0	0,4	95,0	0,9	142,5	0,7	237,5
Outros Tumores malignos													
	dos 10-14	0,7	115,0	0,7	115,0	0,7	230,0	0,2	57,5	0,5	115,0	0,3	172,5
	dos 15-19	5,3	945,0	2,5	420,0	3,9	1365,0	5,8	997,5	3,2	525,0	4,5	1522,5
	dos 20-24	4,3	807,5	3,6	665,0	4,0	1472,5	4,4	807,5	3,8	807,5	4,1	1615,0

Juventude à descoberta do futuro saudável (10 aos 24 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 3 - Página 3/5

Lesões acidentais - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :E47-E56)	dos 10-14	13,4	2185,0	5,2	805,0	9,4	2990,0	12,9	2070,0	4,5	690,0	8,9	2760,0
	dos 15-19	60,4	10710,0	15,2	2572,5	38,3	13282,5	59,2	10447,5	14,3	2415,0	37,0	12862,5
	dos 20-24	87,9	16482,5	13,7	2517,5	51,2	19000,0	86,9	16292,5	13,5	2470,0	50,4	18762,5
Queimaduras													
(CID 9 :E 51)	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,3	52,5	0,3	52,5	0,3	105,0	0,3	52,5	0,3	52,5	0,3	52,5
	dos 20-24	1,0	190,0	0,0	0,0	0,5	190,0	1,2	237,5	0,5	95,0	0,9	332,5
Envenenamento													
(CID 9 :E 48)	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,0	0,0	0,3	52,5	0,2	52,5	0,1	52,5	0,2	52,5	0,2	105,0
	dos 20-24	2,0	380,0	0,5	95,0	1,3	475,0	1,5	285,0	1,0	142,5	1,3	427,5
Acidentes de viação													
(CID 9 :E 471)	dos 10-14	7,8	1265,0	3,3	517,5	5,6	1782,5	8,0	1322,5	3,5	575,0	5,8	1897,5
	dos 15-19	39,7	7035,0	9,0	1522,5	24,7	8557,5	39,4	6930,0	8,2	1365,0	24,2	8295,0
	dos 20-24	51,4	9642,5	10,6	1947,5	31,3	11590,0	49,3	9215,0	10,0	1852,5	30,2	11067,5
Afogamento													
(CID 9 :E 521)	dos 10-14	0,0	0,0	0,4	57,5	0,2	57,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,9	157,5	0,3	52,5	0,6	210,0	0,6	105,0	0,3	52,5	0,5	157,5
	dos 20-24	1,3	237,5	0,3	47,5	0,8	285,0	1,2	190,0	0,3	47,5	0,8	237,5
Suicídio e ferimentos auto-infligidos - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
CID 9 : E 54)	dos 10-14	0,4	57,5	0,4	57,5	0,4	115,0	0,2	57,5	0,2	57,5	0,2	115,0
	dos 15-19	3,3	577,5	1,2	210,0	2,3	787,5	2,9	472,5	0,9	157,5	2,0	630,0
	dos 20-24	7,6	1425,0	1,0	190,0	4,4	1615,0	7,0	1330,0	1,0	190,0	4,0	1520,0
Assalto, homicídio e ferimentos intencionais - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :E 55)	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	1,5	262,5	0,3	52,5	0,9	315,0	1,2	210,0	0,3	52,5	0,8	262,5
	dos 20-24	2,5	475,0	0,0	0,0	1,3	475,0	2,0	380,0	0,0	0.0	1,0	380,0
Doenças associadas ao uso de álcool - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos (Dependência do álcool, psicose alcoólica, intoxicação alcoólica, abuso de álcool, cardiomiopatia alcoólica, polineuropatia alcoólica, cirrose hepática, pancreatite, cancro do esófago)													
	dos 10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 15-19	0,3	52,5	0,0	0,0	0,2	52,5	0,3	52,5	0,3	52,5	0,3	105,0
	dos 20-24	0,5	95,0	0,0	0,0	0,3	95,0	0,3	47,5	0,3	47,5	0,3	95,0

Juventude à descoberta do futuro saudável (10 aos 24 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 3 - Página 4/5

Morbilidade por causas específicas na população - Incidência													
Doenças Infecciosas (PNV) - Incidência Anual / 100.000 indivíduos													
Papeira													
	dos 10-14	7,6		6,8		7,2		7,0		6,4		12,4	
	dos 15-19	1,5		1,6		1,6		1,2		1,3		1,3	
	dos 20-24	1,8		1,9		1,9		1,4		1,5		1,5	
Rubéola													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Difteria													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,0		0,3		0,2		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Hepatite B													
	dos 10-14	0,7		1,1		0,9		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,6		0,0		0,3		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	2,6		2,7		2,6		1,3		1,4		1,4	
Tosse convulsa													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Poliomielite													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Sarampo													
	dos 10-14	1,0		0,0		0,5		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Tétano													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	

Juventude à descoberta do futuro saudável (10 aos 24 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 3 - Página 5/5

Tuberculose (Respiratória+ do SNC+ Miliar)													
(CID 9: 010-018)	dos 10-14	3,8		4,0		3,9		3,6		3,8		3,7	
	dos 15-19	17,2		13,2		15,3		16,8		12,9		14,9	
	dos 20-24	43,9		27,6		35,8		43,1		26,9		35,0	
Outras doenças infecciosas e parasíticas - Incidência Anual / 100.000 indivíduos													
Doença dos legionários													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,3		0,0		0,2		0,3		0,3		0,3	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,3		0,3		0,3	
Hepatite C													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	1,8		1,0		1,4		1,8		0,9		1,4	
	dos 20-24	7,3		0,3		3,8		6,8		0,3		3,6	
Doença Meningocócica (A39)													
	dos 10-14	4,1		4,7		4,4		3,7		4,1		3,9	
	dos 15-19	3,4		2,6		3,0		3,4		2,6		3,0	
	dos 20-24	1,3		0,8		1,1		1,3		0,8		1,1	
Zoonoses: Brucelose													
	dos 10-14	2,1		1,8		1,9		1,9		1,6		1,8	
	dos 15-19	1,8		0,3		1,1		1,5		0,3		1,0	
	dos 20-24	3,1		0,5		1,9		2,9		0,3		1,6	
Zoonoses: Carbúnculo													
	dos 10-14	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 15-19	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 20-24	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Zoonoses: Leptospirose													
	dos 10-14	0,3		0,0		0,2		0,3		0,3		0,3	
	dos 15-19	0,3		0,3		0,3		0,3		0,3		0,3	
	dos 20-24	0,5		0,3		0,4		0,3		0,3		0,3	

Uma vida adulta produtiva (25 aos 64 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 4 - Página 1/5

Mortalidade na população													
Esperança de vida (em anos)													
	aos 45-49	31,91		37,13		34,60							
Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	dos 25-44	261,1	134345,0	89,1	45325,0	174,3	179670,0	245,9	130025,0	85,6	43540,0	162,8	173565,0
	dos 45- 64	830,8	129675,0	380,8	64462,5	595,6	194137,5	810,6	126525,0	378,2	63750,0	587,4	190275,0
Mortalidade por causas específicas na população													
Doenças infecciosas do PNV - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
Doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b													
(CID 9: 041,5)	dos 25-44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 45- 64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hepatite B													
(CID 9: 070,2-070,3)	dos 25-44	0,7	295,0	0,1	32,5	0,4	327,5	0,5	225,0	0,1	30,0	0,3	255,0
	dos 45- 64	0,8	147,5	0,3	50,0	0,5	197,5	0,6	112,5	0,2	45,0	0,4	157,5
Tétano													
(CID 9 :037)	dos 25-44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 45- 64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tuberculose (Respiratória+ do SNC+ Miliar)													
(CID 9: 010-018)	dos 25-44	2,8	1417,5	0,5	252,5	1,6	1670,0	2,4	1215,0	0,3	175,0	1,4	1390,0
	dos 45- 64	3,6	660,0	0,5	100,0	1,9	760,0	3,2	585,0	0,5	87,5	1,8	672,5
Outras doenças infecciosas e parasíticas - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
Gripe													
	dos 25-44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	dos 45- 64	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hepatite C													
	dos 25-44	0,6	287,5	0,1	37,5	0,3	325,0	0,4	200,0	0,1	45,0	0,3	245,0
	dos 45- 64	0,8	97,5	0,2	20,0	0,4	117,5	0,6	110,0	0,1	20,0	0,3	130,0
Doença Meningocócica (A39)													
	dos 25-44	0,1	75,0	0,1	70,0	0,1	145,0	0,1	70,0	0,1	70,0	0,1	140,0
	dos 45- 64	0,0	0,0	0,1	12,5	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Uma vida adulta produtiva (25 aos 64 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 4 - Página 2/5

SIDA													
	dos 25-44	39,8	21377,5	7,3	4037,5	23,4	25415,0	39,3	21108,5	7,0	3870,5	23,1	24979,0
	dos 45- 64	14,7	2937,5	1,9	420,0	8,0	3357,5	14,5	2897,5	2,0	445,0	8,0	3342,5
Doenças Cardiovasculares - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	dos 25-44	28,3	13610,0	10,2	5020,0	19,1	18630,0	31,1	14750,0	11,9	5850,0	19,8	20600,0
	dos 45- 64	196,4	29152,5	84,0	13200,0	137,7	42352,5	150,1	24575,0	62,4	10750,0	104,8	35325,0
AVC													
	dos 25-44	10,3	4932,5	4,3	2172,5	7,3	7105,0	12,0	5745,0	4,0	2025,0	7,9	7770,0
	dos 45- 64	72,8	10335,0	38,6	6107,5	54,9	16442,5	61,3	8705,0	36,1	5750,0	44,8	14455,0
DIC													
	dos 25-44	10,1	4737,5	2,1	960,0	6,0	5697,5	9,3	4362,5	1,9	865,0	5,2	5227,5
	dos 45- 64	81,1	12620,0	22,5	3480,0	50,5	16100,0	63,6	9897,5	20,4	3155,0	41,2	13052,5
Neoplasias malignas (cancros) - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	dos 25-44	32,5	15325,0	27,3	13185,0	29,9	28510,0	34,2	16125,0	29,3	14150,0	31,8	30275,0
	dos 45- 64	280,9	42887,5	166,7	29060,0	221,2	71947,5	283,5	43285,0	169,3	29515,0	236,4	72800,0
Cancro do pulmão													
	dos 25-44	4,8	2097,5	1,2	597,5	3,0	2695,0	5,2	2272,5	1,4	675,0	3,3	2947,5
	dos 45- 64	66,5	9885,0	9,1	1597,5	36,5	11482,5	68,2	10137,5	10,2	1790,0	39,3	11927,5
Cancro da mama													
	dos 25-44			7,7	3625,0					8,0	3750,0		
	dos 45- 64			43,7	8132,5					45,2	8415,0		
Cancro colo do útero													
	dos 25-44			3,1	1515,0					2,9	3390,0		
	dos 45- 64			8,9	1847,5					9,0	1867,5		
Cancro cólon e recto													
	dos 25-44	2,4	1115,0	2,3	1067,5	2,3	2182,5	2,8	1300,0	2,8	1275,0	2,8	2575,0
	dos 45- 64	32,1	4437,5	19,5	3242,5	25,5	7680,0	34,2	4727,5	20,5	3410,0	27,2	8137,5
Cancro do estômago													
	dos 25-44	3,9	1870,0	2,6	1262,5	3,3	3132,5	3,4	1630,0	2,7	1312,5	2,9	2942,5
	dos 45- 64	33,5	5025,0	15,0	2437,5	23,8	7462,5	30,0	4500,0	14,6	2372,5	22,1	6872,5
Cancro da próstata													
	dos 25-44	0,2	97,5					0,2	87,5				
	dos 45- 64	7,7	962,5					7,3	917,5				

Uma vida adulta produtiva (25 aos 64 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 4 - Página 3/5

Cancro da pele (melanoma maligno da pele + outros tumores malignos da pele)													
(CID 9: 172e 173)	dos 25-44	0,9	412,5	0,9	435,0	0,9	847,5	0,8	380.0	1,0	485,0	1,0	865,0
	dos 45- 64	2,8	477,5	2,4	367,5	2,6	845,0	2,6	445,0	2,5	382,5	2,6	827,5
Lesões acidentais - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	dos 25-44	76,7	41112,5	13,9	7465,0	45,0	48577,5	74,8	40095,0	11,2	6250,0	42,3	46345,0
	dos 45- 64	68,6	12262,5	22,0	4122,5	44,3	16385,0	64,7	11565,0	20,8	3897,5	40,8	15462,5
Acidentes de viação													
(CID 9 :E 471)	dos 25-44	30,9	16790,0	6,1	3317,5	18,4	20107,5	31,4	17062,5	6,0	3265,0	18,6	20327,5
	dos 45- 64	24,0	4280,0	7,4	1317,5	15,3	5597,5	23,9	4265,0	6,4	1140,0	14,4	5405,0
Afogamento													
(CID 9 :E 521)	dos 25-44	1,0	522,5	0,0	0,0	0,5	522,5	0,5	325,0	0,1	30,0	0,3	355,0
	dos 45- 64	0,4	52,5	0,1	7,5	0,2	60,0	0,3	45,0	0,1	12,5	0,2	57,5
Suicídio e ferimentos auto-infligidos - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 : E 54)	dos 25-44	11,4	6130,0	2,3	1187,5	6,8	7317,5	10,6	5725,0	2,1	1085,0	6,3	6810,0
	dos 45- 64	12,1	2025,0	4,3	790,0	8,0	2815,0	11,9	1990,0	3,6	665,0	7,8	2655,0
Assalto, homicídio e ferimentos intencionais - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :E 55)	dos 25-44	3,5	1930,0	1,0	517,5	2,2	2447,5	2,9	1625,0	0,8	425,0	2,0	2050,0
	dos 45- 64	1,6	337,5	0,8	145,0	1,2	482,5	1,2	252,5	0,8	137,5	0,9	390,0
Doenças associadas ao uso de álcool - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos (Dependência do álcool, psicose alcoólica, intoxicação alcoólica, abuso de álcool, cardiomiopatia alcoólica, polineuropatia alcoólica, cirrose hepática, pancreatite, cancro do esófago)													
	dos 25-44	11,6	5457,5	4,8	2337,5	8,2	7795,0	11,3	5315,0	4,6	2240,0	8,0	7555,0
	dos 45- 64	53,2	8672,5	15,3	2842,5	33,4	11515,0	52,6	8575,0	14,5	2695,0	32,6	11270,0

Uma vida adulta produtiva (25 aos 64 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 4 - Página 4/5

Morbilidade por causas específicas na população - Incidência													
Doenças Infecciosas (PNV) - Incidência Anual / 100.000 indivíduos													
Papeira													
	dos 25-44	0,7		0,8		0,8		0,6		0,7		0,7	
	dos 45- 64	0,4		0,5		0,4		0,4		0,5		0,5	
Rubéola													
	dos 25-44	0,0		0,1		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 45- 64	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Difteria													
	dos 25-44	0,0		0,1		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 45- 64	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b													
	dos 25-44	0,1		0,2		0,1		0,1		0,1		0,1	
	dos 45- 64	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Hepatite B													
	dos 25-44	3,5		1,3		2,4		2,9		1,3		2,1	
	dos 45- 64	2,0		0,8		1,4		1,6		0,6		1,1	
Tosse convulsa													
	dos 25-44	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 45- 64	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Poliomielite													
	dos 25-44	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 45- 64	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Sarampo													
	dos 25-44	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 45- 64	0,1		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Tétano													
	dos 25-44	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
	dos 45- 64	0,0		0,2		0,1		0,1		0,1		0,1	
Tuberculose (Respiratória+ do SNC+ Miliar)													
(CID 9: 010-018)	dos 25-44	79,7		25,0		52,2		79,2		24,8		51,8	
	dos 45- 64	51,5		11,0		30,4		51,0		10,6		29,9	

Uma vida adulta produtiva (25 aos 64 anos)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 4 - Página 5/5

Outras doenças infecciosas e parasíticas - Incidência Anual / 100.000 indivíduos													
Doença dos legionários													
	dos 25-44	0,6		0,0		0,3		0,4		0,3		0,4	
	dos 45- 64	0,7		0,1		0,4		0,5		0,1		0,3	
Hepatite C													
	dos 25-44	8,3		1,1		4,7		8,0		0,8		4,5	
	dos 45- 64	0,3		0,5		0,4		0,3		0,3		0,3	
Doença Meningocócica (A39)													
	dos 25-44	0,6		0,3		0,4		0,3		0,3		0,3	
	dos 45- 64	0,3		0,5		0,4		0,3		0,3		0,3	
Zoonoses: Brucelose													
	dos 25-44	2,7		1,7		2,2		2,5		2,0		2,3	
	dos 45- 64	3,6		2,0		2,8		3,0		1,7		2,4	
Zoonoses: Carbúnculo													
	dos 25-44	0,1		0,1		0,1		0,0		0,0		0,0	
	dos 45- 64	0,1		0,1		0,1		0,0		0,0		0,0	
Zoonoses: Leptospirose													
	dos 25-44	0,4		0,0		0,2		0,2		0,2		0,2	
	dos 45- 64	0,7		0,4		0,5		0,4		0,2		0,3	

Um Envelhecimento Activo (65 ou +)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 5 - Página 1/4

Mortalidade na população													
Esperança de vida (em anos)													
	aos 65-69	15,68		19,15		17,55							
Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	65 ou +	5574,2	13820,0	4381,2	7690,0	4881,8	21510,0	5328,4	13250,0	4339,5	7437,5	4783,9	20687,5
Mortalidade por causas específicas na população													
Doenças infecciosas do PNV - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
Doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b													
(CID 9: 041,5)	65 ou +	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hepatite B													
(CID 9: 070,2-070,3)	65 ou +	0,7	2,5	0,2	2,5	0,4	5,0	0,3	2,5	0,2	0,0	0,3	2,5
Tétano													
(CID 9 :037)	65 ou +	0,1	0,0	0,3	2,5	0,2	2,5	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0
Tuberculose (Respiratória+ do SNC+ Miliar)													
(CID 9: 010-018)	65 ou +	13,8	37,5	4,0	15,0	8,1	52,5	13,6	37,5	3,8	12,5	7,9	50,0
Outras doenças infecciosas e parasíticas - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
Gripe													
	65 ou +	0,8	0,0	0,8	2,5	0,8	2,5	0,3	0,0	0,6	0,0	0,5	0,0
Hepatite C													
	65 ou +	1,8	5,0	0,8	5,0	1,2	10,0	1,2	7,5	0,6	5,0	0,8	12,5
Doença Meningocócica (A39)													
	65 ou +	0,1	2,5	0,0	0,0	0,1	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SIDA													
	65 ou +	6,4	62,5	1,1	12,5	3,3	75,0	6,0	55,0	1,0	10,0	3,2	65,0
Doenças Cardiovasculares - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	65 ou +	2186,5	4137,5	2118,7	2485,0	2147,2	6622,5	1832,8	4000,0	1825,8	2320,0	1830,0	6320,0
AVC													
	65 ou +	1087,7	1792,5	1112,9	1192,5	1102,3	2985,0	857,4	1650,0	901,4	1117,5	898,9	2767,5
DIC													
	65 ou +	535,3	1502,5	383,4	685,0	447,1	2187,5	475,8	1357,5	336,0	607,5	395,6	1965,0

Um Envelhecimento Activo (65 ou +)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 5 - Página 2/4

Neoplasias malígnas (cancros) - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	65 ou +	1258,5	4550,0	645,8	2555,0	902,9	7105,0	1283,0	4937,5	678,4	3125,0	941,3	8062,5
Cancro do pulmão													
	65 ou +	210,0	1025,0	36,9	167,5	109,5	1192,5	212,5	1062,5	38,5	217,5	112,0	1280,0
Cancro da mama													
	65 ou +			97,8	482,5					89,7	425,0		
Cancro colo do útero													
	65 ou +			10,8	65,0					10,1	60,0		
Cancro cólon e recto													
	65 ou +	190,9	672,5	111,6	400,0	144,9	1072,5	193,4	705,0	112,9	412,5	147,1	1117,5
Cancro do estômago													
	65 ou +	155,2	590,0	78,1	272,5	110,5	862,5	150,3	537,5	75,6	232,5	106,9	770,0
Cancro da próstata													
	65 ou +	217,0	350,0					206,9	312,5				
Cancro da pele (melanoma maligno da pele + outros tumores malignos da pele)													
(CID 9: 172e 173)	65 ou +	9,6	32,5	9,7	25,0	9,7	57,5	9,1	27,5	9,2	20,0	9,2	47,5
Lesões acidentais - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
	65 ou +	155,7	597,5	75,7	225,0	109,3	822,5	153,8	522,5	69,6	187,5	105,7	710,0
Acidentes de viação													
(CID 9 :E 471)	65 ou +	39,0	185,0	16,2	80,0	25,8	265,0	37,6	175,0	15,7	72,5	24,9	247,5
Afogamento													
(CID 9 :E 521)	65 ou +	0,4	5,0	0,4	2,5	0,4	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Suicídio e ferimentos auto-infligidos - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 : E 54)	65 ou +	31,8	92,5	7,6	45,0	17,7	137,5	31,0	87,5	7,2	37,5	17,3	125,0
Assalto, homicídio e ferimentos intencionais - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos													
(CID 9 :E 55)	65 ou +	1,4	10,0	0,6	0,0	0,9	10,0	0,6	10,0	0,2	2,5	0,3	12,5

Um Envelhecimento Activo (65 ou +)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 5 - Página 3/4

Doenças associadas ao uso de álcool - Taxa de Mortalidade por grupos etários / 100.000 indivíduos (Dependência do álcool, psicose alcoólica, intoxicação alcoólica, abuso de álcool, cardiomiopatia alcoólica, polineuropatia alcoólica, cirrose hepática, pancreatite, cancro do esófago)													
Doença crónica do fígado e cirrose	65 ou +	91,3	592,5	23,3	150,0	51,8	742,5	87,8	570,0	21,6	125,0	49,2	695,0
Morbilidade por causas específicas na população - Incidência													
Doenças Infecciosas (PNV) - Incidência Anual / 100.000 indivíduos													
Papeira													
	65 ou +	0,0		0,1		0,1		0,0		0,0		0,0	
Rubéola													
	65 ou +	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Difteria													
	65 ou +	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Doenças causadas por Haemophilus influenzae tipo b													
	65 ou +	0,1		0,1		0,1		0,0		0,0		0,0	
Hepatite B													
	65 ou +	1,1		0,1		0,5		0,4		0,1		0,3	
Tosse convulsa													
	65 ou +	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Poliomielite													
	65 ou +	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Sarampo													
	65 ou +	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Tétano													
	65 ou +	0,4		0,6		0,5		0,6		0,8		0,7	
Tuberculose (Respiratória+ do SNC+ Miliar)													
(CID 9: 010-018)	65 ou +	23,2		6,9		13,7		22,4		6,5		13,2	

Um Envelhecimento Activo (65 ou +)		Situação em Portugal											
Temas	População	Valores em 2002 ou ano mais recente						Valores de Projecções para 2010					
Indicadores utilizados	Grupos etários	Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP	Valor	AVPP

Quadro 5 - Página 4/4

Outras doenças infecciosas e parasíticas - Incidência Anual / 100.000 indivíduos													
Doença dos legionários													
	65 ou +	0,3		0,0		0,1		0,3		0,3		0,3	
Hepatite C													
	65 ou +	0,6		0,3		0,4		0,3		0,3		0,3	
Doença Meningocócica (A39)													
	65 ou +	0,1		0,2		0,2		0,0		0,0		0,0	
Zoonoses: Brucelose													
	65 ou +	2,1		0,7		1,3		1,8		0,4		1,1	
Zoonoses: Carbúnculo													
	65 ou +	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Zoonoses: Leptospirose													
	65 ou +	1,1		0,3		0,6		0,9		0,3		0,6	